

## 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先) 橋本市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		2	0	3	0	個人番号									
	医 療 保 険	保険者名					保険者番号									
		被保険者証	記号				番号				枝番					
	フリガナ						生年月日	明・大・昭	年	月	日					
	氏 名						性 別	男	・	女						
	住 所		〒													
			電話番号													
	前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2								
			有効期限 令和 年 月 日 から					令和 年 月 日								
	変更申請の 理由															
者	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無		介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日									
			介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日									
			医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日									
	有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日									

提 出 代 行 者	名 称 (氏名)	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)									
	住 所	〒									
		電話番号									

主 治 医	主治医の氏名					医療機関名							
	所 在 地	〒											
		電話番号											

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、橋本市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、橋本市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する (地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。) ことに同意します。

本人氏名

## 認定調査について

要介護認定のために、あなたの身体やこころの状況に関する 74 項目について、認定調査員があなたのご家庭などにお伺いして、お聞きします。訪問調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。原則、**認定調査は平日の 9 時～12 時、13 時～17 時の間**で行い、調査時間は約 1 時間です。詳細は、訪問調査員と連絡者等との相談の上で決めさせていただきます。

本人氏名 \_\_\_\_\_

①認定調査実施場所について

現住所

その他（ 病院 ・ 施設 ・ 他住所 ）

名称 \_\_\_\_\_（退院予定 未定 ・ 月 日頃）

所在地 \_\_\_\_\_

②認定調査時の立会について

立会なし  立会あり 立会者氏名 \_\_\_\_\_（続柄）

③日程調整をする場合の連絡先

連絡者 本人 ・ その他（ふりがな氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_）

連絡者電話番号 ①優先： \_\_\_\_\_（自・携）② \_\_\_\_\_（自・携）

電話がつながりやすい時間帯 \_\_\_\_\_

④介護サービス利用や通院等の状況について（該当するものを○で囲んでください。）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他						
午後	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他						

デ…デイサービス、デイケアサービス（通所リハビリ）      リ…訪問リハビリ      ヘ…ヘルパー

看…訪問看護      通…通院      透…透析      他…その他

※上記のほか通院やショートステイ、立会者の予定等で都合の悪い日…（ \_\_\_\_\_ ）

⑤調査員に事前に伝えておくことはありますか？

特にない

配慮が必要（大きな声で・手話・筆談・その他（ \_\_\_\_\_ ））

聞き取り内容に注意：病気について聞かないでほしい・要介護認定調査と言わないでほしい・

特定の言葉（例：認知症）を使わないでほしい（特定の言葉： \_\_\_\_\_ ）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

⑥介護サービスについて

（利用中のサービスまたは利用希望のサービスにチェックしてください。）

訪問介護（ヘルパー）       通院等乗降介助（通院支援等）       訪問看護

福祉用具貸与（ベッド・車椅子・歩行器・杖など）

特定福祉用具販売（腰掛便座・入浴補助用具など）       住宅改修（手すり・段差解消等）

デイサービス       リハビリ（通所・訪問）       施設入所       短期入所（ショートステイ）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

⑦区分変更申請に至った経緯、現在の心身の状況・生活状況等をご記入ください。

入院中の方は、入院された理由とその後の経過についてもあわせてご記入ください。

※住まいについて       一人住まい       同居（誰と： \_\_\_\_\_ ）       施設入所中