

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

別府市長 あて

次のおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号												
	医療 保険	保険者名												保険者番号											
		被保険者 記号・番号		記号								番号						枝番							
	フリガナ												生年月日		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							
			有効期間										年 月 日 から					年 月 日							
	変更申請の 理由																								
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日										
		介護保険施設等の名称等・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											
		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	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歳までの医療保険加入者）のみ記入

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

※申請書の提出について、提出代行者を代理人として委任します。																	
氏名												印					

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見・主 治医意見書、別府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、 別府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 (代筆者氏名) (本人との関係)	別府市 記入欄	電算入力		受付	

要介護認定等受付時確認事項

1. 訪問調査について

① 家族等介護者の立会い希望はありますか。

ない（一人で調査が可能な状態）

ある

氏名		住所	
連絡先	自宅 携帯	続柄 本人との 関係	

※連絡する時間帯にご希望がある場合は記入してください。 _____ 時～ _____ 時頃

② 居宅での調査の場合、駐車場がありますか。 ある ない

③ 認知機能の低下がありますか。 ある ない

④ 現在の世帯構成について 単身 夫婦のみ 家族と同居

⑤ 調査時に留意する事項や新規申請の場合は、申請に至る経緯・日常生活で困っていることを記入してください。（ガンの告知の有無、住所と調査場所が異なる場合等）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. 主治医意見書について（入院中の医療機関の医師が作成する場合、②・③は省略可）

① 今回の申請について、主治医に相談していますか はい いいえ

② 定期的に受診していますか。 はい（ _____ 回／月） いいえ

③ 最終受診日はいつ頃ですか。 _____ 月 _____ 日頃 未受診

3. 入院中の場合 退院の時期について （ _____ ）頃退院予定 未定
 心身の状態について 安定 不安定

4. 現在受けているサービス（新規申請の場合は、希望するサービス）を記入し、サービスを利用している曜日を（ _____ ）に記入してください。

[_____（ _____ ）] [_____（ _____ ）] [_____（ _____ ）]
 [_____（ _____ ）] [_____（ _____ ）] [_____（ _____ ）]

5. 認定前に暫定利用する予定のサービスがあれば記入してください。

[_____] [_____] [_____]

6. 労働者災害補償保険法（労災）から介護補償給付を受けていますか。

受けている 受けていない

7. 最近交通事故に遭った事がありますか。

ある ない

8. 緊急時連絡先（※訪問調査時の立会い希望者と異なる場合にご記入ください。）

氏名	被保険者との関係（ _____ ）
住所	〒 _____ _____ 電話番号