

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

鹿屋市長 様

次のとおり申請します。

申請者氏名	申請年月日	年 月 日
	本人との関係	
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）	
申請者住所	〒 電話番号	

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		
被 保 険 者	被保険者番号							個人番号			
	フリガナ						生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢		
	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・要支援更新認定の場合のみ記入	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ヶ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				
有・無	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				

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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、鹿屋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、鹿屋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。

市 町 村 確 認 欄	
証の回収	介護保険資格者証受領者
有・無	本人・家族・その他（ ）

本人氏名

（代筆者）

認定調査連絡票

(別記1)

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

1 認定調査の対応

氏名フリガナ ()	立会い (有・無) 本人との関係 ()
立会人氏名 ()	鹿屋市内・市外 ()

※1 立会人は調査開始から終了まで立ち会い可能な方のことです。本人だけでは正確な調査が行えないと思われる場合は日頃の状況を理解している方を立会人に立ててください。

※2 立会人の住所が鹿屋市内→鹿屋市内に○印、市外→市区町村名を御記入ください。

2 調査希望日 希望なし 希望あり

--

※1 調査日は土日祝日・年末年始を除き、市役所の開いている時間帯ですが、御希望に添えないこともあります。

3 訪問場所

<input type="checkbox"/> 自宅(被保険者住所地) <input type="checkbox"/> 病院[病棟 ()] <input type="checkbox"/> 施設[] <input type="checkbox"/> その他[]		
※住所(調査場所)	駐車場	有
※電話番号		無

※1 訪問場所が被保険者住所地以外の場合は、住所、電話番号を御記入ください。

※2 駐車場が無の場合、駐車できるところを御記入ください。()

4 連絡先

<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 立会人 <input type="checkbox"/> その他 (本人との関係)	電話番号①
	②
	(指定時間: 時 ~ 時)

5 同居家族の有無

<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族[続柄]

6 新規の方は利用を希望するサービス/更新の方は利用中のサービスと利用曜日・事業所名称等

※必ず御記入ください。

7 その他、調査時に留意すべき事項等

※本人の心身の状況や家族環境等のことで伝えたいことがあれば御記入ください。 (例: 耳が遠い、筆談が必要、認知症状がみられる、ガンと診断されている、病気のことは知らない等)	認定を受けるにあたっての相談の有無 <input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 病院の相談員 <input type="checkbox"/> その他
◎入院中の方…急性期である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※急性期…状態が安定していない、調査が困難と思われる場合を言います。	