

介護保険 要介護認定及び要支援認定 区分変更申請書

藤岡市長

令和5年度

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護被保険者番号											医療被保険者番号											
	フリガナ											男	個人番号										
	氏名											女	生年月日	年			月			日			才
	住所 (居住状況)	〒 -										電話番号	- -										
	上記以外の場 所にいる場合	<input type="checkbox"/> 入所	施設名																				
			所在地	〒 -																			
		<input type="checkbox"/> 入院	入所・入院日	年			月			日			退所・退院日	年			月			日			末
			<input type="checkbox"/> 親族宅 続柄 ()	宛名																			
	住所	〒 -																					
	現在の認定 (更新の場合)	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			～	年			月			日				
変更申請の理由																							

主 治 医	医療機関名											最終診察日	R	年			月			頃
	主治医氏名											受診予定日	R	年			月			頃
	所在地	〒 -										診療科								

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※「医療保険証」の写しを添付してください。

医療保険者名											特定疾病名										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提 出 代 行 者	該当に○ 氏名 又は 名称	親族 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院										続柄 又は 担当者名										
	住所	〒 -										電話番号	- -									

認定調査 立会予定者	氏名											本人との関係										
	日中連絡先											市役所記入欄										
認定結果通知および 保険証の希望送付先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 上記親族宅	居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 受け取れる人がいない										認定調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 棟 階									

☆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・及び主治医意見書を、藤岡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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

(更新申請の場合)申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間であれば、認定延期通知の省略に同意します。

(2号被保険者の場合)介護保険法施行規則第26条の規定により介護保険被保険者証の交付を申請します。

本人氏名 (自署)

代筆者

(本人が自署できず、代筆した場合に代筆者の署名をお願いします。)

※市役所確認欄

※個人番号確認欄	身元 本人・代理人 ()	代理権	番号原本・写し	受付
	免・個力・介 ()	委・介・ ()	個力・通力・ ()	郵・使・ ()
	国・後・介・社保・ ()			

変更申請チェック票

被保険者名：

事業所名：

ケアマネ氏名：

①いつ・何があって・状態がどのように変化しましたか？
()

②ケアマネが直接状態を確認しましたか？

はい ・ いいえ

③前回の調査票と変化した調査項目はありますか？

はい ・ いいえ

変化した調査項目について
()

④申請時期として適切ですか？

はい ・ いいえ

(不適切な時期：発症や入院・転院・退院をしてすぐ、退院まで1ヶ月以上先の時期等)

⑤必要なサービスは、現在の介護度では過不足ありますか？

はい ・ いいえ

具体的な内容
()

⑥変更申請について、ご家族にご了承いただいていますか？

はい ・ いいえ

*①の状態の変化が明確で、②～⑥の全てが「はい」の方は変更申請の対象となります。

(その他の方で申請されたい場合は、ご相談ください。)

・提出時に記入内容の確認をいたしますので、申請書は必ず
担当ケアマネがご持参ください。

市確認欄