

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

岩 沼 市 長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 ○年○月○日

▼この欄はご本人又は代理の方が申請する場合にご記入ください。

申請者	氏名	岩沼 太郎	本人との関係	子
	住所	〒989-2427 岩沼市里の杜三丁目 4-15 電話番号 24-3016		

▼この欄は介護保険施設等が代行申請する場合にご記入ください。

提出代行者 住所・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・指定介護療養型医療施設・介護医療院) 電話番号
----------------	---

▼この欄は認定を受けようとするご本人についてご記入ください。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	
	フリガナ	イワヌマ ハナコ	生年月日	大・昭 ○年 ○月 ○日
	氏名	岩沼 花子	性別	男 ・ 女
	住所	〒 (※被保険者証等の送付先を住所以外に指定・変更・解除する場合は「送付先申請書」を別途提出してください。 989-2427 岩沼市里の杜三丁目 4-15 電話番号 24-3016		
	現在の認定	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	平成 令和 ○年 ○月 ○日 から 平成 令和 ○年○月○日		
変更申請の理由	左下腿部骨折により寝たきり状態となり、生活動作のほぼ全てに介助が必要となり、以前より介助量が増えたため。			
過去6月間の施設等への入院、入所の状況	医療機関・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・介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日	
主 治 医	氏名	(フリガナ)モリタ サトジロウ 杜田 里次郎	医療機関名	(フリガナ) サトノモリビョウイン 里の杜病院
	所在地	〒 電話番号		
	受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院中 (直近の受診日 令和 ○年 ○月 ○日) <input type="checkbox"/> 未受診 (受診予定日 令和 年 月 日) ※必ず受診が必要です。		

▼特定疾病名は第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみご記入ください。

医療保険者名	宮城県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39042114
記号・番号	00000123	枝番	
特定疾病名			

▼次の事項に同意される場合に署名してください。(代筆の場合は代筆者の署名が必要です。)

情報提供の同意	1) 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、及び主治医意見書を、岩沼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(写しの提供を含む)に同意します。 2) 地域包括支援センターの事業を実施するために必要があるときは、被保険者の氏名、住所及び連絡先、生活概況、認定等の結果並びに居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成依頼届出書に記載した事項を、岩沼市から地域包括支援センターの関係人に提示することに同意します。		
	本人氏名	岩沼 花子	
	代筆者氏名	岩沼 太郎 (被保険者本人との関係 子)	

市 処 理 欄	被保険者証回収 済・未	資格者証交付 済・未・郵	介護サービス作成依頼届出 済・未・不要	収
	事務システム入力 済・未	意見書作成依頼入力 済・保留	支援事業者名	
	連絡事項等 (前回調査)	(処理者)		

※申請書には介護保険被保険者証(第2号被保険者の方は医療保険被保険者証)を添えて提出してください。

太
ワ
ク
内
の
必
要
事
項
を
記
入
し
て
く
だ
さ
い
。
(裏
面
も
あ
り
ま
す
。)

認定調査（訪問調査）連絡票

調査員が訪問に伺う際の参考にさせていただきますので、下記事項について、該当部分の□に✓を入れ、具体的な状況についてご記入ください。

▼連絡票記入者

記入日 令和 ○年 ○月 ○日

<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	氏名 岩沼 太郎 続柄 子	<input type="checkbox"/> 提出代行者	事業所名 担当者名
--	------------------	--------------------------------	--------------

▼調査日調整のための連絡先

氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他〔氏名 被保険者本人との関係〕
① 電話	090-0000-0000〔自宅・ 携帯 ・勤務先〕 連絡希望時間 9時～12時
② 電話	〔自宅・携帯・勤務先〕 連絡希望時間
被保険者（認定を受ける方）が現在生活されているところ	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅（ 一人暮らし ・高齢者のみ・同居家族あり） <input type="checkbox"/> 入院・入所（年 月 日より入院・入所中） 病院（施設）名（ 階 号室） 退院（退所）の予定（なし・あり（月 日ごろ）） 担当ケースワーカー又は相談員（ ）※決まっている場合記入 <input type="checkbox"/> その他（ ）
駐車場の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（ない場合、近隣で駐車できる場所）

※連絡希望時間は、平日の午前8時30分から午後5時15分までの間で、必ず連絡が取れる時間帯を記入してください。

▼調査時の留意事項

調査時同席者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他〔氏名（続柄）〕
<p>【今回の申請について】（その他特に注意して調査してほしいことを具体的に記入してください）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 変更申請（前回認定時から変化した状態、利用を希望するサービス等について記入） （今回の申請について主治医の先生には 話をしている・まだ話をしていない）</p> <p>身体状態が悪化し寝たきり状態となっている。訪問介護の回数を増やすことを検討している。</p>	

▼現在受けているサービスの情報（該当するものに✓を入れ、利用回数の記入と利用曜日に○を付けてください）

<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ）	月 4回 月・火・ 水 ・木・金・土・日	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与	1品目 ベッド
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	月 回 月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	品目
<input type="checkbox"/> 訪問看護	月 回 月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	月 回 月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	月 回 月・火・水・木・金・土・日	※各項目は介護予防サービスを含みます。 （サービス提供事業者名）	
<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）	月 回 月・火・水・木・金・土・日	訪問介護（○○）福祉用具レンタル（○○） 通所リハビリ（○○病院）	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	月 8回 月・ 火 ・水・木・ 金 ・土・日	※チェックを付けたサービスの事業者名を記入	
<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）	月 回		

※不明な点は担当のケアマネジャーまたは岩沼市介護福祉課認定係までお問い合わせください。 TEL 0223-24-3016