

<記入のしかたと留意事項>

区分変更

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

名張市長 様
次のとおり申請します。

| | | | | | |
|------------------|---------------------------------------|-------------------|-------------|---------------------|---------|
| 被保険者番号 | | 0 0 0 0 | 申請年月日 | | 年 月 日 |
| 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 | |
| 被 保 険 者 | フリガナ | 生年月日 | | 明・大・昭 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | 性 別 | | (歳) | |
| 保 険 | 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 | |
| 者 | 変更申請の 理由 | | | | |
| | 過去6月間の介 護保険施設入所 及び医療機関入 院の有無 | 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 | 該当に○ (地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業者 ・ 介護保険施設) | | | |
| | 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、名張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、名張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。

※代筆者は原則本人の家族、
親族です。(施設職員等不可)

| | |
|--------------|-----------------|
| 本人氏名(必ず記入) | _____ |
| 代筆者氏名(代筆の場合) | _____ 続柄等 _____ |

- 申請年月日 …申請日(記入日)をご記入ください。
※区分変更申請の場合、状態の変わった日(申請日の属する月の1日以降)をご記入ください。
- 医療保険 …医療保険の内容をご記入ください。
(65歳以上の方は、不明な場合、空けておいてください)
- 被保険者証番号 …ピンク色の介護保険被保険者証に記載された被保険者番号
(不明な場合、空けておいてください)
- 個人番号 …マイナンバーです。(不明な場合、空けておいてください)
- 氏名・住所等 …介護認定を受けようとする本人についてご記入ください。
- 前回の要介護 …ピンク色の介護保険被保険者証に記載された現在の要介護
認定の結果等 状態区分等と有効期間をご記入ください。
(不明な場合、空けておいてください)
- 変更申請の理由 …必ずご記入ください。
- 過去6か月間に入院・施設入所があれば「有」に丸をつけ、施設等の名称と
期間をご記入ください。なければ「無」に丸をつけてください。
- 主治医 …介護認定を受けようとする原因となる症状について受診している
医療機関をご記入ください。
例：膝が痛い→整形外科
認知症状が気になる→専門医又は普段かかっている内科
その他→かかりつけ医

※市から医師に意見書作成を依頼します。
※総合病院等、複数の医師がいる医療機関の場合、主治医の氏名もご記入ください。
※長期間受診していない場合は速やかに受診をお願いします。

- 第二号被保険者 …40～64歳の方は16種類の特定疾病名のうち、該当
するものをご記入ください。
また、医療保険資格確認書類(資格確認書等)のコピーも
添付してください。

- 本人氏名 …介護認定を受けようとする本人の氏名を直筆でご記入ください。
本人の病状等により、家族や親族が本人氏名を代筆する場合は、
代筆者氏名と続柄もご記入ください。

2枚目 (認定調査連絡票)

認定調査連絡票 ★ご記入の上、申請書と一緒に提出ください。

後日、調査員から、調査日の日程調整のご連絡をさせていただきます。
 (ご提出いただいた週の翌週を目途にご連絡をさせていただきますが、混雑具合によっては、申請受付よりご連絡が2～3週間ほどかかる場合もありますのでご了承ください。)

新規 更新 区分変更

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|----------|-----------------------|---------------|
| 被保険者番号 | | 0000 | 被保険者名 | | |
| 1 日程調整 | ア | 被保険者本人で申請書電話番号と同じ | | | |
| | イ | フリガナ | 被保険者との関係 | | |
| | その他 | 氏名 | | | |
| | その他 | 電話番号 | | | |
| *連絡がとりやすい時間帯等があればご記入ください。 | | | | | |
| 2 認定調査 | ア | 立会いは希望しない | | イ | 上記の日程調整者が立ち会う |
| | ウ | フリガナ | 被保険者との関係 | | |
| | その他 | 氏名 | | | |
| | その他 | 電話番号 | | | |
| | *ご都合が悪い日程等があればご記入ください。(通院、デイサービス、ショートステイ利用で不在等) | | | | |
| | ア | 施設・病院等 (号室等もわかれば) | (階号室) | *ご家族のご自宅等の場合は被保険者との関係 | |
| イ | 住所 | *申請書住所と居住地が異なる場合、居住地を毎回必ずご記入ください。 | | | |
| ウ | 電話番号 | | | | |
| エ | 退所・退院等予定日(予定があれば) | 年 | 月 | 日 | |
| 3 申請理由 | ア | 介護保険サービスを利用したい(している)、福祉用具を貸与したい(している)ため | | | |
| | イ | 介護保険を利用して住宅改修の予定をしているため | | | |
| ウ | 名張市紙おむつ給付事業を利用したい(利用している)ため | | | | |
| エ | 施設入所を希望しているため | | | | |
| オ | その他(具体的に) | | | | |
| 4 その他 | ※ ペットの有無(認定調査時は繋ぐ等のご配慮をお願い致します。) 有(種類: 数:)・無 | | | | |
| | ● 調査に関する事(調査後別途、介護者等に聞き取りしてほしい等) | | | | |
| ● その他(玄関まで出てくるのに時間がかかる、ガン末期等で急ぐ等) | | | | | |

- いずれかにチェックをつけてください。
「新規」現在認定を受けていない方
「更新」現在認定を受けていて有効期間が満了するため引き続き申請する方
「区分変更」状態が変化したため現在受けている認定区分を変更申請する方
- 被保険者氏名 …介護認定を受けようとする本人の氏名をご記入ください。
- 被保険者証番号 …ピンク色の介護保険被保険者証に記載された被保険者番号(不明な場合、空けておいてください)
- 日程調整 …介護認定の認定調査のため、調査員が伺います。日程調整の連絡をどなたにさせていただくかご記入ください。本人以外の場合は、続柄も記入してください。
- 認定調査の立会い …調査時に立ち会ってくださる方をご記入ください。立会いは必須ではありませんが、本人がおひとりでご自分のことをしっかりお伝えいただくことが難しい場合は、ご家族等の立会いをお願いします。
- 訪問場所 …調査場所が1枚目(申請書)に記載した住所地以外の場合、必ずご記入ください。入院中の場合、部屋番号もご記入ください。施設入所の方、住所地と違う場所にお住まいの方も、必ず毎回ご記入ください。退院日等が決まっている場合、退院等予定日もご記入ください。
- 申請理由 …今後利用する予定のサービスに丸をつけてください。(未定の場合は「ア」に丸をつけてください)
- ペットの有無 …ペット(犬・猫等)の有無について、丸をつけてください。「有」の場合は、種類と数をご記入ください。なお、調査時は繋ぐ、ケージに入れる、別室に入れる等のご配慮をお願いします。
- 連絡事項や留意事項があればご記入ください。

主治医への受診もお忘れなく! 入院等調査場所が変わる際も必ず連絡を!
 40歳～64歳までの方は医療保険加入確認書類(資格確認書等)の写しを添付してください。