

# 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<br>保<br>者                           | 被保険者番号           |                | 0 0 0 0           |    |  |  |  |             |  |  |  |                | 申請年月日 |       | 年 月 日       |  |  |  |
|                                       | 個人番号             |                |                   |    |  |  |  |             |  |  |  |                |       |       |             |  |  |  |
|                                       | 医<br>療<br>保<br>険 | 保険者名           |                   |    |  |  |  |             |  |  |  |                |       | 保険者番号 |             |  |  |  |
|                                       |                  | 被保険者<br>記号・番号  |                   | 記号 |  |  |  |             |  |  |  | 番号             |       | 枝番    |             |  |  |  |
|                                       | フリガナ             |                | -----             |    |  |  |  |             |  |  |  |                | 生年月日  |       | 明・大・昭 年 月 日 |  |  |  |
|                                       | 氏 名              |                |                   |    |  |  |  |             |  |  |  |                | 性 別   |       | ( 歳 )       |  |  |  |
|                                       | 住 所              |                | 〒                 |    |  |  |  |             |  |  |  |                | 電話番号  |       |             |  |  |  |
|                                       | 前回の要介護<br>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<br>理由      |                |                   |    |  |  |  |             |  |  |  |                |       |       |             |  |  |  |
| 過去6月間の介護<br>保険施設入所<br>及び医療機関入<br>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 |       |       |             |  |  |  |
|                                       |                  | 医療機関等の名称等・所在地  |                   |    |  |  |  |             |  |  |  | 期間 年 月 日～年 月 日 |       |       |             |  |  |  |
| 有 ・ 無                                 |                  |                |                   |    |  |  |  |             |  |  |  |                |       |       |             |  |  |  |

|                       |     |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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<br>治<br>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 \_\_\_\_\_

# 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 |  | 被保険者名 |  |
|--------|--|-------|--|

|                                                 |                                                                                                       |                                                                      |                                   |                       |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| 1<br>日程調整                                       | 調査を行うにあたって、どなたと日程の調整を行ったらよろしいですか。<br>(平日9:00～16:30の間で連絡がとりやすい電話番号をご記入ください。)                           | ア 被保険者本人で申請書電話番号と同じ                                                  |                                   |                       |
|                                                 |                                                                                                       | イ<br>その他                                                             | フリガナ                              | 被保険者との関係              |
|                                                 |                                                                                                       |                                                                      | 氏名                                |                       |
|                                                 |                                                                                                       | 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<br>認定調査                                       | 認定調査時、ご家族等の立会いを希望されますか。<br>(調査開始時間は、平日9:00～16:00になります。)<br><b>※ご本人様ご自分の状態を正確に説明できない場合、立会いをお願いします。</b> | 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<br>その他                                                             | フリガナ                              | 被保険者との関係              |
|                                                 |                                                                                                       |                                                                      | 氏名                                |                       |
|                                                 |                                                                                                       | 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) |                                                                                                       |                                                                      |                                   |                       |
| 3<br>申請理由                                       | 訪問場所は、原則自宅となります。入院、入所中等で申請者住所と異なる場合のみご記入ください。<br><b>※申請書住所と居住地が異なる場合も毎回必ずご記入ください。</b>                 | 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 |
|                                                 |                                                                                                       | 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。 |                       |
|                                                 |                                                                                                       | 電話番号                                                                 |                                   |                       |
|                                                 |                                                                                                       | 退所・退院等予定日(予定があれば)                                                    | 年 月 日                             |                       |
| 4<br>その他                                        | ※は必ずご記入ください。<br>その他連絡事項があればご記入ください。                                                                   | ※ 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。)<br>有 (種類: _____ 数: _____) ・ 無 _____ |                                   |                       |
|                                                 |                                                                                                       | ● 調査に関すること(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)                                    |                                   |                       |
|                                                 |                                                                                                       | _____                                                                |                                   |                       |

三重県名張市

**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。**