

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

蔵王町長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

|                           |                |                |         |             |
|---------------------------|----------------|----------------|---------|-------------|
| 被<br>保<br>者               | 被保険者番号         | 0 3 0 0 0      | 個人番号    |             |
|                           | フリガナ           |                | 生年月日    | 明・大・昭 年 月 日 |
|                           | 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 |         |             |
|                           | 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・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）<br><br>印 |
|                   | 住所 | 〒 電話番号  |

|         |        |        |
|---------|--------|--------|
| 主治<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

|        |               |
|--------|---------------|
| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証記号番号 |
| 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、及び主治医意見書を。蔵王町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。

本人氏名

# こちらにも記入してください

受付職員氏名

|  |  |
|--|--|
| 世帯主氏名  |  |
| 申請者氏名  | 続柄( )  |
| 申請者電話番号  | <input type="checkbox"/> 被保険者に同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と別の場合( ) |
| 認定結果郵送先(本人以外に郵送して欲しい場合のみ記入してください) <input type="checkbox"/> 今後ずっと <input type="checkbox"/> 今回のみ |  |
| 〒  |  |
| 宛名   | 電話   |

立会い予定者の方へ連絡しますので、日中連絡の取れる電話番号の記入をお願いします。

|                |       |
|----------------|-------|
| 調査立会予定者氏名( )   | 続柄( ) |
| 調査立会の方の電話番号( ) |       |

入院中の方は記入してください(病室 号室)

- 病院の医療相談担当に相談中  病院の医療相談担当には相談していない  
 退院予定日( 月 日)  退院予定はまだ決まっていない  
<身体状況>  状態は落ち着いているので面会ができる  状態が不安定なので面会はできない

今までかかった病気又は、現在治療中の病気がありますか。該当する項目にチェックをつけてください。

|                                 |                               |                               |                              |                             |                             |                              |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳血管疾患  | <input type="checkbox"/> リウマチ | <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> がん | <input type="checkbox"/> 骨折 | <input type="checkbox"/> 認知症 |
| <input type="checkbox"/> その他( ) |                               |                               |                              |                             |                             |                              |

現在の利用サービス等(更新申請の方のみ記入してください。)

|  |  |                               |   |
|--|--|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> デイサービス(利用の曜日→ ) | <input type="checkbox"/> デイケア(利用の曜日→ ) | <input type="checkbox"/> 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 訪問看護   |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具            | <input type="checkbox"/> 施設入所中         | <input type="checkbox"/> オムツ券 | <input type="checkbox"/> 現在サービスの利用はない <input type="checkbox"/> その他( ) |

希望サービス等

|                                 |                               |                                  |                                 |                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> デイサービス | <input type="checkbox"/> 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 訪問看護    | <input type="checkbox"/> デイケア   | <input type="checkbox"/> 福祉用具   | <input type="checkbox"/> 住宅改修 |
| <input type="checkbox"/> 施設入所   | <input type="checkbox"/> オムツ券 | <input type="checkbox"/> 病院からの勧め | <input type="checkbox"/> もしものため | <input type="checkbox"/> その他( ) |                               |

家族構成 ( 人家族)

|                                 |                              |                            |                                |                                |                                 |
|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ひとり暮らし | <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 子 | <input type="checkbox"/> 子の配偶者 | <input type="checkbox"/> 孫( 人) | <input type="checkbox"/> その他( ) |
|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

(現在の状況) 具体的な状況を下記に記入してください。

|   |
|---|
| (身体状況) <input type="checkbox"/> 寝たきりで1人では何もできない <input type="checkbox"/> ほとんど寝たきりだが誰かの手を借りると座ることができる  |
| <input type="checkbox"/> 家の中のみ歩行できるが外出は介助がいる <input type="checkbox"/> 1人で外出できる(杖・シルバーカー等使用も含む)  |
| (認知症) <input type="checkbox"/> 重度の認知症だと思う <input type="checkbox"/> 軽度の認知症だと思う <input type="checkbox"/> 年相応の物忘れはあると思う <input type="checkbox"/> ないと思う |
|   |
|   |