

記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

受付印

(宛先) 知多北部広域連合長

次のとおり申請します。

※介護保険被保険者証を添えて提出してください。

|                                   |                         |   |   |               |        |                           |           |                      |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|-------------------------|---|---|---------------|--------|---------------------------|-----------|----------------------|---|----------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br><br>(認定を受ける方) | 申請年月日                   | 〇〇年 8月 6日   |   |               | 個人番号   | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 2 3 |           |                      |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   | フリガナ                    | コウイキ タロウ  |   |               | 被保険者番号 | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6       |           |                      |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   | 氏名                      | 広域 太郎   |   |               | 生年月日   | 大正                        | 12年 3月 4日 |                      |   | 性別                   | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   | 住所                      | 〒477-0000<br>東海市〇〇町〇〇番地   |   |               |        |                           |           | 電話番号<br>052-000-0000 |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   | 前回の要介護認定の結果等            | 要介護状態区分 1・2・ <b>3</b> ・4・5  |   |               |        |                           |           | 要支援状態区分 1・2          |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   |                         | 有効期間 〇〇年 2月 1日から 〇〇年 1月 31日まで   |   |               |        |                           |           |                      |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   | 変更申請の理由                 | 前回の認定時より状態が <input checked="" type="checkbox"/> 悪化した <input type="checkbox"/> 改善した<br>理由 ( )  |   |               |        |                           |           |                      |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   | 現在の状況<br>※□にレ点を付けてください。 | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所・医療機関入院等<br>施設名等 ( )  |   |               |        |                           |           |                      |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   |                         | 調査希望場所  | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(施設名等) |               |        |                           |           |                      |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   |                         | フリガナ<br>調査同席者   | コウイキ ハナコ<br>広域 花子   |               |        | 被保険者との関係                  | 妻         |                      |   | 電話番号<br>052-000-0000 |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関名                             |                         | <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;">           普段通院しているかかりつけ医がない場合は、介護保険申請のための書類を、記入して欲しいと希望する医師を記入してください。         </div> |   |               |        |                           |           | 施設入所の方のみ             | <input type="checkbox"/> 嘱託医 <input type="checkbox"/> 嘱託医以外 |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師名                               |                         |   |   |               |        |                           |           | 近の受診日                | 年 月 日   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地                               |                         |   |   |               |        |                           |           | 電話番号                 |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 主治医がない場合(指定医)                     |                         |   |   | 連合クリニック 介護 松司 |        |                           |           |                      |   |                      |     |  |  |  |  |  |  |  |

※申請者欄は、被保険者本人が申請する場合は記入不要です。

|             |                      |   |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
|-------------|----------------------|---|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|
| 申<br>請<br>者 | 該当する項目の□にレ点をつけてください。 | <input type="checkbox"/> 家族(被保険者との関係: ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
|             | 氏名                   | <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;">           この欄は、被保険者本人が申請する場合は、記入不要です。         </div>   |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
|             | 所在地                  | 〒   |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険証を提示してください。

|                |   |  |   |  |                                   |  |                              |  |   |  |
|----------------|---|--|---|--|-----------------------------------|--|------------------------------|--|---|--|
| 医療保険者名         |   |  |   |  | 医療保険被保険者証記号番号                     |  |                              |  |   |  |
| 医療保険           |   |  |   |  |                                   |  |                              |  | 日 |  |
| 特定病            | <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;">           この欄は、被保険者が40歳から64歳の場合に記入してください。         </div> |  |   |  |                                   |  |                              |  |   |  |
| ※□にレ点を付けてください。 | <input type="checkbox"/> パーキンソン病関連疾患  |  | <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症                  |  | <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症   |  | <input type="checkbox"/> 早老症 |  |   |  |
|                | <input type="checkbox"/> 多系統委縮症   |  | <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |  |                                   |  |                              |  |   |  |
|                | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患  |  | <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症                 |  | <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 |  |                              |  |   |  |
|                | <input type="checkbox"/> 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症   |  |   |  |                                   |  |                              |  |   |  |

裏面あり

|       |  |              |             |
|-------|--|--------------|-------------|
| 同意署名欄 | <p>情報提供の同意・・・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・要支援認定に係る調査内容、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、知多北部広域連合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、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。</p> <p>(本人が署名できないため、署名を代筆する場合には、代筆者の氏名も併せてご記入ください。)</p> |              |             |
|       | 被保険者署名   | <b>広域 太郎</b> | 代筆者氏名       |
|       |  |              | (被保険者との関係 ) |

被保険者以外が申請する場合は、代筆者の氏名と続き柄を記入してください。

\* 事務処理欄

| 被保険者証   | 番号確認  | 身元確認                             |                                | 代理権の確認                       |
|---|---|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | <input type="checkbox"/> 個人乗員カード | <input type="checkbox"/> 介護保険証 | <input type="checkbox"/> 委任状 |
| 資格:   | この欄は、事務処理欄になりますので、空欄のままご提出ください。                       |                                  |                                | 保険者証                         |
| <input type="checkbox"/> 発                            |   |                                  |                                | 1点                           |
| <input type="checkbox"/> 未発行                          | <input type="checkbox"/> 住民票等                         | <input type="checkbox"/> 他( )    | <input type="checkbox"/> 他( )  |                              |

|    |    |     |
|----|----|-----|
| 課長 | 係長 | 受付者 |
|    |    |     |