介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

飯綱町長　　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 介護保険被保険者番号 | | | 個人番号 | | |
| | 医療保険 保険者名 | | | 保険者番号 | | |
| | 医療保険 被保険者証 | 記号 | | 番号 | 枝番 | |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和　年　月　日 | |
| | 氏名 | | | 性別 | 男・女 | |
| | 住所 | 〒　－<br>電話番号 | | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | 要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2<br>有効期間　年　月　日から　年　月　日 | | | |
| | | ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 | 転出元自治体（市町村）名[　　]<br>現在提出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ<br>（既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。）<br>「はい」の場合、申請日　年　月　日 | | | |
| | 変更申請の理由 | | | | | |
| | 介護保険施設医療機関等入院・入所の有無（短期入所を除く） | 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 | | | |
| | | 介護保険施設の名称等・所在地 | 期間　年　月　日～　年　月　日 | | | |
| | 有・無 | 介護保険施設の名称等・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・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保険施設・介護医療院） |
| | 住所 | 〒　－<br>電話番号 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 主治医の氏名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒　－<br>電話番号 | | |

2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、飯綱町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、飯綱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、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。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

裏面

要介護認定調査用資料

**1．変更申請が必要になった理由を具体的にお書きください。**

○現在の心身の状態（状況）、介護が必要になった原因、利用したい介護サービスなど。

| |
|---|
| |

**2．調査日時の調整等は、どなた様に連絡を差し上げたらよろしいですか。**

○連絡の取れる方の氏名、電話番号、時間帯、曜日（曜日に○印）をお書きください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 連絡先氏名 | | 連絡先 | |
| 時間帯はいつですか | 午前・午後　　時～午前・午後　　時頃 | 曜日 | 月・火・水・木・金 |

**3．自宅に訪問して調査する場合について（調査時間は、約１時間程度）**

○介護者の方が同席できる時間帯をお書きください。

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 備考（希望時間などを記入） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 午前（ 9時～11時） | | | | | | |
| 午後（ 1時～ 4時） | | | | | | |

**4．入所（入院）している施設や病院に訪問して調査する場合について**

○調査にあたり、ご家族の立会いをお願する場合があります。

| | | | |
|---|---|---|---|
| できる　・　できない | 訪問先 | 病棟及び部屋番号 | 病棟　　階　　号室 |

※調査日時は、施設・病院等と調整しますので、ご希望に添えない場合があります。

**5．調査の参考のため、現在の要介護者の方の状況に○印をつけてください。**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○何かにつかまらないで、寝返りができますか？ | はい | ベッド柵等が必要 | いいえ |
| ○何かに支えられないで、座っていられますか？ | はい | 背もたれ等が必要 | いいえ |
| ○何かにつかまらないで、歩行ができますか？ | はい | 杖等が必要 | いいえ |
| ○１人で身体を洗うことができますか？ | はい | 一部介助が必要 | いいえ |
| ○１人で食事を食べることができますか？ | はい | 一部介助が必要 | いいえ |
| ○１人でトイレで排泄することができますか？ | はい | 一部介助が必要 | いいえ |
| ○１人で着替えることができますか？ | はい | 一部介助が必要 | いいえ |
| ○認知症と思われる言動がありますか？ | はい | 時々ある | いいえ |