

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

琴平町長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											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															
		有効期限	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	令和										
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											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・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）																			
	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

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。琴平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

代筆者氏名（続柄）

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_（ ）

**【認定調査受付票】** 下記の内容を参考に、認定調査の日程調整等を行います。  
 なお、申請状況によっては、日程等ご希望にそえない場合もございます。ご理解  
 ご協力をお願い致します。

1. 認定調査について必要事項をご記入ください。

日程調整 の連絡者	<input checked="" type="radio"/> 本人 ・ <input checked="" type="radio"/> 本人以外 ➡ 氏名 ( ) 続柄 ( )		
連絡する 時間帯	<input checked="" type="radio"/> いつでも可 ・ ( ~ ) <small>※平日 8:30~17:00 までの時間帯をお願いします。</small>	連 絡 先	① 自宅・携帯・職場
立会人	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 <small>(連絡者と異なる場合:氏名 続柄 )</small> <small>↳ ※連絡者が立会人に調査日時を連絡してください。</small>		② 自宅・携帯・職場
調査先	<input checked="" type="radio"/> 自宅 ・ <input checked="" type="radio"/> 施設 ・ <input checked="" type="radio"/> 病院 (施設・病院名 TEL ) <small>↳ 駐車場の有無について 有 ・ 無</small>		

2. 認定調査にあたり、希望する曜日及び時間にチェックをしてください。  
 また、特に希望のない場合は右の□にチェックをしてください。 □ いつでもよい。

- (1) 曜日    月曜日    火曜日    水曜日    木曜日    金曜日  
 (2) 時間    午前                      午後

※ 調査開始の最終時間は 15 時です。

3. 在宅サービスを利用している場合、当該月の介護保険サービスの利用状況について  
 ご記入ください。ご不明の場合は、認定調査時に聞き取りします。

- (1) 住宅改修    未・済    (6) デイサービス    週                      回  
 (2) 福祉用具レンタル (申請日時点) \_\_\_\_\_ 品目    (7) デイケア    週                      回  
 (3) 福祉用具購入 (過去6ヶ月に購入した品目) \_\_\_\_\_ 品目  
 (4) 小規模多機能型居宅介護    週                      日    (8) ショートステイ    有・無  
 (5) ヘルパー    週                      回    (9) 訪問看護    週                      回  
 (10) その他 ( 訪問リハビリ ・ 居宅療養管理指導 ・ 他 ( ) )

4. その他、認定調査に関して伝えておきたいことがあれば記入してください。

5. 今回の介護保険の申請理由は、交通事故等 (第三者による行為) を原因とするものですか。  
 あてはまるものに○をしてください。                      はい    ・    いいえ

【保険者記入欄】	申請日	／	被保険者番号	氏名
	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 変更
	保険証回収	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再交付申請書徴求済
	感染症対応説明	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	聞き取りカード <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	備考			