

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

記入例

草津市長

宛

**要支援1・2からの変更申請
には使用しません**

| | | | | |
|-------|-------|---|---|---|
| 受付年月日 | ※市記入欄 | 年 | 月 | 日 |
| 申請年月日 | | 年 | 月 | 日 |

次のとおり申請します。

| | |
|---------------------|---|
| 申請書を提出した人または提出代行者名称 | 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・介護医療院) |
| | 申請手続きをされた方(本人、家族等)の氏名、住所等をお書きください。 |
| 住所 | 市記入欄 ※コードを記入 |

市記入欄には記入しないでください。

令和4年4月1日から医療保険証の内容を記載する欄を追加しています。
※40歳から64歳の方は、必ず記載のうえ医療保険証もしくは資格確認書の写しを添付してください。

個人番号の記入がなくても、その他の記載内容に問題がなければ申請受理します。

| | | |
|------------------|-------------------------------------|----------------------|
| 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 |
| | 被保険者 記号 | 番号 |
| | フリ | 別 男・女 |
| | 氏 | 電話番号 |
| | 住 | 4 5 要支援状態区分 1 2 |
| | 前回の要認定の結果等 | 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで |
| | 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(短期入所を除く) | 有・無 |
| | 介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地 | 期間 年 月 日～年 月 日 |

過去半年間に入院、入所した医療機関、介護保険施設の名称等や入院、入所期間を書いてください。

| | | |
|-----|--------|--------------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 医療機関名 (診療科名) |
| | 所在地 | |

必ず記入してください。

第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

| | |
|-------|-------------------------------|
| 特定疾病名 | 40歳から64歳の方は必ず記入してください。 |
|-------|-------------------------------|

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、草津市が提供を受けた介護サービス計画および介護予防サービス計画ならびに居宅サービス事業者または介護保険施設の関係者が作成した介護サービス計画、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、地域包括ケア推進センター、地域密着型介護予防サービス事業者、介護予防サービス事業者もしくは地域密着型介護予防サービス事業者が作成した介護予防サービス計画、主治医意見書に係る医師または認定調査に従事した調査員に提示する(地域包括支援センターが電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

御本人が記載できない場合は、御本人の意思を確認のうえ代筆していただけます。

本人氏名

(保険証) 回収済 郵送返却 調査時回収

申請時には、必ず介護保険被保険者証を提出してください。

状況確認書

年 月 日

- 主治医意見書は現在どうなっていますか。

主治医に提出済 / まだ主治医に提出していない 提出(予定)日 年 月 日

- 今おられる場所(調査場所)はどちらですか。調査は生活の基盤をおいている場所で行います。

1. 自宅 2. 病院(病院 病棟 号室)
3. 施設() 4. その他()

- 調査の立会いはどなたがされますか。(立会いがなくても調査を行うことは可能です。)

立会いなし 家族() ケアマネ / 包括 その他()

- 申請翌日から概ね 3 週間の平日で、希望の調査日時を第2希望まで記入してください。調査開始時刻は 9:30、13:30 からお選びください。必ずしもご希望に添えない場合がありますので、その日程以外にも都合のよい日、曜日、時間等がありましたら、備考欄に記入してください。

・第1希望 月 日() 時 分～ ・第2希望 月 日() 時 分～
備考()

- ご自宅での調査の場合、敷地内等に駐車スペースはありますか。

無 有(場所)

- 日程調整をする場合の連絡先を教えてください

・連絡をとる方の氏名(氏名 続柄)・連絡先()
・連絡希望時間帯 ()

- 調査時、ご本人さんがおられないところで介護をされている方のお話を伺うことを希望されますか？

希望しない 希望する(理由)

- 現在受けている 1ヵ月間の在宅サービスを記入してください。()内は事業所名を記入してください。

| | | | |
|---------------------|------|-------------------|----------|
| ホームヘルプ() | 回 曜日 | 通所リハビリ(デイケア)() | 回 曜日 |
| 訪問入浴介護() | 回 曜日 | 短期入所() | 1ヶ月 日 |
| 訪問看護() | 回 曜日 | 福祉用具(種類:) | 品目 |
| 訪問リハビリ() | 回 曜日 | 住宅改修 | 有・無 |
| 居宅療養管理指導 | 回 曜日 | 介護保険給付外の在宅サービス() | |
| デイサービス() | 回 曜日 | その他() | |
| (看護)小規模多機能型居宅介護(通い→ | | 訪問→ | 泊り→ |
| 特になし | | | |

- 担当しているケアマネジャー等について教えてください。

居宅介護支援事業所 _____ 担当ケアマネジャー等 _____

電話番号 _____

市 使用欄

| | |
|-----------|---------------------|
| 本人 確認用 | 受付者: |
| ① | マイナ・免許・身障・更新・他() |
| ② | 介証・負割証・健証・資格・ホ・他() |

| | | |
|----------------|---|---------------------|
| 代理権・代理人 確認用 | 受付者: | |
| 代理権 確認 | 委任状・法定代理人証明・介証・負割証・健証・資格・更新・マイナ・身障・ホ・他() | |
| 代理人 確認 | ① | マイナ・免許・身障・CM証等・他() |
| | ② | 介証・負割証・健証・資格・ホ・他() |

(令和8年4月作成)