

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

羽村市長 宛

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 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															
		被保険者証	記 号										番 号								枝 番							
	フリガナ												生 年 月 日		年 月 日													
	氏 名																											
	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 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		介護保険施設等の名称等・所在地 〒												期間 年 月 日 ～ 年 月 日													
介護保険施設等の名称等・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		医療機関等の名称等・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・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・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

特定疾病名	
-------	--

◆下記の項目に同意いただける場合は、署名をお願いします。

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、及び主治医意見書を、羽村市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員に從事した調査員に提示することと、今回の申請の進捗状況（認定調査日、認定審査会の予定日等）について提供することに同意します。

被保険者氏名

代筆者氏名

認定調査に関するアンケート

認定調査を円滑に進めるため、以下の内容に御回答ください。

1. 調査の実施場所を教えてください。

☐ 住民票住所地（施設等は除く）

☐ 現在入院・入所中の病院・施設

電話番号			
病棟・居室	棟	階	号室
退院・退所予定	☐ あり（令和 年 月 日頃） ☐ なし・未定		

☐ その他の場所（今後入院・入所予定の病院・施設、親族の家等）

施設名・氏名			
住所			
電話番号			
入院・入所予定	令和 年 月 日頃		

2. 調査の同席者を教えてください。

☐ あり	氏名		続柄	
	☐ なし 日中の連絡先			

3. 調査員が訪問時に車を停めるスペースの有無を教えてください。

☐ あり ☐ なし ☐ その他（ ）

4. 感染症の有無（結核・MRSA・疥癬・水虫等）を教えてください。

☐ あり（ ） ☐ なし

5. その他、調査時に配慮してほしいこと（認知症状の聞き取りや病名の告知等）や、御本人の状態で気になること等がありましたら御記入ください。

（事務処理欄）

（備考）

受付日	/	受付者	
本人確認 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 障害者手帳 ☐ 後期高齢者医療保険証 ☐ 介護保険証 ☐ 診察券 ☐ 介護支援専門員証 ☐ （ ）			
保険係	資格者証印 済 ・ 再 2号 ・ 郵	代理権確認 ☐ 委任状 ☐ 介護保険証 ☐ （ ）	
調査 ☐ 市（ ） ☐ 委託（ ）	調査日 / （ ） 午前・午後 ：	調査票確認	
送付先 有 ・ 無 ☐ システム確認		意見書 / ☐ 送付 ☐ 窓口	区分 ☐ 在宅 ☐ 施設