

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

山梨市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

|                  |                                            |               |                 |  |  |  |  |  |  |    |  |    |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--------------------------------------------|---------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|----|--|----|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号                             |               |                 |  |  |  |  |  |  |    |  |    | 個人番号  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 医療<br>保険                                   | 保険者名          |                 |  |  |  |  |  |  |    |  |    | 保険者番号 |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                            | 被保険者<br>記号・番号 | 記号              |  |  |  |  |  |  |    |  |    | 番号    |   |   |  |  |  |  |  |  |  | 枝番 |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ                                       |               |                 |  |  |  |  |  |  |    |  |    | 生年月日  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏名                                         |               |                 |  |  |  |  |  |  |    |  |    |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住所                                         |               | 電話番号            |  |  |  |  |  |  |    |  |    |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 前回の要介護<br>認定の結果等                           |               | 有効期限 から         |  |  |  |  |  |  |    |  |    |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 変更申請の<br>理由                                |               |                 |  |  |  |  |  |  |    |  |    |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 過去6月間の<br>介護保険施設、<br>医療機関等<br>入院、入所の<br>有無 |               | 介護保険施設等の名称等・所在地 |  |  |  |  |  |  |    |  |    | 期間    |   | ～ |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                            |               | 介護保険施設等の名称等・所在地 |  |  |  |  |  |  |    |  |    | 期間    |   | ～ |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関等の名称等・所在地    |                                            |               |                 |  |  |  |  |  |  | 期間 |  | ～  |       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 有・無              |                                            | 医療機関等の名称等・所在地 |                 |  |  |  |  |  |  |    |  | 期間 |       | ～ |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |

|                  |             |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|-------------|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出申請者<br>代行<br>者 | 氏名・<br>事業所名 | 該当○(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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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、山梨市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、山梨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、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。  
同意の場合は、署名をお願いします。

本人氏名

代筆者氏名 (続柄)

山梨市要介護認定申請確認票

1. 現在利用しているサービス

居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）（事業所名：\_\_\_\_\_ 担当：\_\_\_\_\_）  

☐ デイサービス

☐ ホームヘルパー

☐ 住宅改修

☐ 福祉用具購入

☐ 福祉用具貸与

☐ 施設入所

☐ ショートステイ

☐ デイケア

☐ 小規模多機能居宅介護

☐ 訪問入浴

☐ 訪問リハビリ

☐ 訪問看護

☐ その他（\_\_\_\_\_）

2. 調査場所について

☐ 自宅

☐ 病院

☐ 施設

☐ その他（\_\_\_\_\_）

※自宅以外の場合は以下を記入

名称 \_\_\_\_\_ 階 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

退院または退院予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 退院先 \_\_\_\_\_

3. 訪問調査時の立会いの有無について

※こちらに記載されている連絡先に日程調整の連絡をします

☐ 立会い希望あり

立会い者 ☐ 申請者の方と同じ

☐ その他の方

氏名 \_\_\_\_\_ 関係 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

☐ 立会いなし

4. 主治医について、以下の質問にお答えください。

直近の受診日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 次回の受診日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

定期的に受診している医師、施設医、または入院中の病院で診てもらっている医師ですか。

☐ はい ☐ いいえ

※ いいいえの場合は以下を記入してください。

介護認定の申請をすること（意見書を書いてもらうこと）を、あらかじめ伝えてありますか。

☐ はい、医師の了承を得ました。 ☐ いいえ、\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 に伝える予定です。

※ 現在入院中の方は以下を記入してください。

病状が安定していて調査が可能かどうか病院（担当相談員・主治医）に確認してありますか。

☐ 確認しました。（担当者：\_\_\_\_\_） ☐ 確認していません。

5. 区分変更申請について

区分変更申請について、担当ケアマネジャーと相談してありますか。

☐ 事前に相談しました。 ☐ 相談していません。

保険者記入欄

| 申請年月日 |  | 被保険者証                        |                                                                                                    | 番号確認                               |                                                    | 身元確認                            |        | 代理権の確認                                                                                                                                                        |     |
|-------|--|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|       |  | <input type="checkbox"/> 回収済 | <input type="checkbox"/> 済<br><input type="checkbox"/> 未                                           | <input type="checkbox"/> マイナンバー    | <input type="checkbox"/> 介護保険証                     | ※身分確認証が写真付きでない場合は、2つの書類で確認すること。 |        | <input type="checkbox"/> 委任状<br><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員証<br><input type="checkbox"/> 他（                      ） |     |
|       |  | <input type="checkbox"/> 未回収 |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 運転免許証     | <input type="checkbox"/> 健康保険証                     |                                 |        |                                                                                                                                                               |     |
|       |  | <input type="checkbox"/> 再交付 |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 障害者手帳     | <input type="checkbox"/> 年金手帳                      |                                 |        |                                                                                                                                                               |     |
|       |  | 資格者証                         |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 | <input type="checkbox"/> 他（                      ） |                                 |        |                                                                                                                                                               |     |
|       |  | <input type="checkbox"/> 発行済 | <input type="checkbox"/> マイナンバー<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 住民票等 |                                    |                                                    |                                 |        |                                                                                                                                                               |     |
|       |  | <input type="checkbox"/> 未発行 |                                                                                                    |                                    |                                                    |                                 |        |                                                                                                                                                               |     |
| 受付担当者 |  | 保険料                          | 生保                                                                                                 | 認定調査日時                             |                                                    | 調査者                             | 意見書発送日 |                                                                                                                                                               | その他 |
|       |  | 有 ・ 無                        | 有 ・ 無                                                                                              | 日                                  | 時間                                                 |                                 |        |                                                                                                                                                               |     |