

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

四万
次のとおり
介護保険証に記載の10ケタの番号
※0は省略でも大丈夫です。

注意：
必ず本人・ご家族の了承を取ってから
申請してください

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												申 個					
	医療 保険	保険者名											保険者番号					
		被保険者 記号・番号	記号					番号				枝番						
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名																	
	住所		〒 -										電話番号			- -		
	前回の要介護 認定の結果等		ビル名・マンション名まで 記入してください。										要介護	1	2	3	4	5
	変更申請の理由		ADLの低下だけでなく、どのような状態でどんなサービスが 必要になったかを具体的に記入してください										有効期間 年 月 日から 年 月 日まで					
	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										病院は 病棟 も記入してください。 期間は退院、退所日不明の場合は 「現在」や「未定」と記入してください。 ※6カ月以内に入所・入院がなければ、 記入は不要です。					
	有・無		医療機関等の名称等・所在地															

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） ※本人以外の方が申請する場合は 記入してください。										【続柄】
	住 所	〒										

主 治 医	主治医の氏名	-									
	特定疾病名										

※40歳から64歳の方は**特定疾病名**を主治医に確認の上、記入してください。保険証のコピーも提出してください。

定期的に（1、2カ月に1回）
受診されている病院名・医師名を
記入してください。
※提出代行の場合は本人に
受診しているか確認してください。
※3カ月以上受診していない場合は
意見書を記入してもらえるか、
事前に主治医に確認してください。

※申請書を代筆した場合は、本人氏名の下に
代筆者の氏名・本人との関係を記入してください。

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
四万十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
した心身の状況等の情報を、四万十市から地域包括支援センター、居宅介
事事業者、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、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 代筆者 (続柄)

※裏面にもご記入ください

介護保険認定申請者情報書

被保険者氏名 ()

世帯構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族が同居			
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 本人自宅 (住民票の住所) <input type="checkbox"/> 入院・入所等施設 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
立会いの有無	<input type="checkbox"/> 施設、別宅、病院などご本人が住民票と異なる場所にいる場合、実際に生活している住所を記入してください。			
調査日程連絡	<input type="checkbox"/> 立会入 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 続柄 (_____)			
※複数記入の場合は優先順位を記入してください。	例) 自宅 ②	日中連絡が	自宅:	—
	携帯 ①			—
調査日	調査時に本人の状況(状態)をできるだけ把握しておきたいので、記入の方をお願いします。 ※入院中の場合はどのような経緯(病名)で入院になったか、退院の目途などの記入もお願いします。			
本人の(調査時、特に配慮が必要な点と等)	<input type="checkbox"/> 電話で済む <input type="checkbox"/> その他 _____			
※入院中である場合どのような状態か、入院理由等	<input type="checkbox"/> 無い <input type="checkbox"/> ある)			
希望のサービス等	<input type="checkbox"/> 電話で済む <input type="checkbox"/> 電話で済まずに時間がかかる。			
保険証送付先の希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外			
保険証送付先住所	<input type="checkbox"/> 無い <input type="checkbox"/> ある)			

入院中、施設入所中の場合は病棟や〇階と記入してください

施設、別宅、病院などご本人が住民票と異なる場所にいる場合、実際に生活している住所を記入してください。

「～宅」といった記入の仕方ではなく、「住所・～宅」と記入してください。

本人、家族、入院先や施設の職員、ケアマネなど調査日時の連絡の取れる方の電話番号を記入してください。

調査時に本人の状況(状態)をできるだけ把握しておきたいので、記入の方をお願いします。
 ※入院中の場合はどのような経緯(病名)で入院になったか、退院の目途などの記入もお願いします。

認定の申請にあたってのご希望のサービスを記入してください。

施設・病院に送付の場合ご家族に確認の上、必ず本人の了承を取ってから申請してください。

※保険者確認欄

電話相談 受付者	窓口受付者	認定担当者 確認	保険料 確認	被保証 の回収
-------------	-------	-------------	-----------	------------

氏名・生年月日・住所・連絡先等間違いがないよう提出前に再度確認をお願いします。
 申請は、適切な時期にしてください。(入院直後は状態が安定していない等あります。)
 事故により要介護状態になった場合は、第三者による介護給付届が必要になるので高齢者支援課までお知らせ下さい。