

要介護認定・要支援認定
 介護保険
 要介護認定区分変更・要支援認定区分変更

 申請書

（宛先）今治市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	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	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		
			有効期間 年 月 日 から			年 月 日まで		
	変更申請の理由							
	現在の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無		介護保険施設等の名称			期間 年 月 日～ 年 月 日		
有 ・ 無		医療機関等の名称			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		
受診状況 （入所者は記入 必要無）	月に 回	最近の受診日		受診予定		

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、及び主治医意見書を、今治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に従事した調査員に提示することに同意します。

要 介 護 認 定 調 査 事業者名		本人氏名 代筆者 氏名・続柄
-----------------------	--	----------------------

訪問調査連絡票

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。

太線の中は必ずご記入ください。

被保険者番号								被保険者氏名							
訪問調査先 (住民票と違う場合のみ) どちらかに○をつけて記入								住所 (マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入ください。) () 方							
								入院、入所先 (病院、介護保険施設、ケアハウス・グループホーム等に入所している場合) () 号室)							
								退院退所予定 ※該当に○				有 (月 日予定) ・ 無			
同居人の有無								有 ・ 無 (独居)							
同席希望の有無								有 ・ 無 ※必ずどちらかに○をつけてください。							
同席を希望される方のみ ご記入ください。								フリガナ 氏 名..... 住 所..... 連絡先 (平日昼間) TEL..... 携帯..... 被保険者との関係							
都合の悪い曜日や時間帯								有 () 無							
家族等連絡先 ※ 同席者以外で連絡が必要な方がいればご記入ください。								氏 名							
								T E L							
備 考 (申請理由・希望サービスなど)															

調査時に留意して欲しいことなどある場合は備考欄に記入ください。

医療保険被保険者番号等の記入及び医療保険被保険者証の写しの添付が必要です。

要介護認定・要支援認定

要介護認定区分変更・要支援認定区分変更

申請書記入例

次のとおりに入力します。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者番号		0000000000	個人番号	00000000000000
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	イマバリ タロウ		生年月日	
氏名	今治 太郎		性別	
住所	〒794-0000 愛媛県今治市△△町〇〇番地			
	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			
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	
変更申請の理由	(例)身体能力低下により介護の手間がかかるようになったため			
現在の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等の名称 (例)特別養護老人ホーム〇〇〇		期間 〇年〇月〇日 年 月 日	
有・無	医療機関等の名称		期間 年 月	
提出代行者	名称	〒 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
	住所	〒 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇		医療機関
	所在地	〒794-0000 愛媛県今治市□□町〇〇番地		
		電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
受診状況 (入所者は記入必要無)	月に 〇 回	最近の受診日	〇〇月〇〇日	受診予定 〇〇月〇〇日

必ず申請年月日を記入してください。
※介護度変更になった場合はこの日付から有効期間が開始されます。

介護度区分変更申請の場合は「変更理由」を必ずご記入ください。

施設入所中または医療機関入院中の場合は「有」に〇をし、施設名(上段)又は病院名(下段)を記入してください。入院(入所)期間の記入もお願いします。退院(退所)日が決まっている場合、記入してください。

かかりつけの医療機関の情報を記入してください。
事前に担当医に介護保険の主治医意見書が作成できるか確認をお願いします。

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	
-------	--

本人又は代筆者が記入してください。代筆者が記入した場合、代筆者の氏名と続柄も記入してください。

第二号被保険者の方(40歳から64歳の医療保険加入者)は「特定疾病」に該当しなければ申請を行えませんので、必ず主治医に疾病名を確認の上、記入してください。
65歳以上の方は記入不要です。

本人氏名 **今治 太郎**
代筆者 氏名・続柄 **今治 花子(妻)**

(裏面も記入して下さい。)

訪問調査連絡票

申請書記入例

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。
太線の中は必ずご記入ください。

被保険者番号				被保険者氏名							
0	0	0	0	0	0	0	0	今治 太郎			
訪問調査先 (住民票と違う場合のみ) どちらかに○をつけて記入		住所 (マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入ください。)		住民票の住所地以外での調査を希望する場合は必ず記入してください。家族宅等での調査を希望する場合は上段に、病院や施設での調査を希望する場合は下段に記入してください。							
		入院、入所先 (病院、介護保健施設、ケアハウス等施設に入所している場合。)									
		特別養護老人ホーム○○○○○		(○○○ 号室)							
		退院退所予定 ※該当に○		有(月 日予定)・無							
同居人の有無				有・無(独居)							
同席希望の有無				有・無 ※必ずどちらかに○をつけてください。							
同席を希望される方のみ ご記入ください。 (調査日時連絡先)				フリガナ イマバリ ハナコ 氏名 今治 花子 住所 今治市△△町○○番地 連絡先(平日昼間) TEL ○○○○-○○-○○○○ 携帯 ○○○-○○○○-○○○○ 被保険者との関係 妻							
				有 午前中		無					
家族等連絡先 ※同席者以外で連絡の必要な方がいればご記入ください。				氏名		TEL					
備考 (申請理由・希望サービスなど)				調査員が事前連絡をし、訪問調査の日程をご相談しますが、あらかじめ都合の悪い曜日や時間帯がわかっている場合、記入してください。							

調査時に留意して欲しいことなどある場合は備考欄に記入ください。