第２２号様式（法規則第３５条、第４２条、第５５条の２関係）

変更

介護保険要介護認定・要支援認定変更申請書 兼 要支援認定者用介護認定申請書

多摩市長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | | | | | 申請者が被保険者本人の場合は記載不要　　　　　　　 電話番号  〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　　　保　　　険　　　者 | 被保険者番号 | | | |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | 個人番号 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先住所  連絡者氏名 | | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の要介護認定の結果等 | | | | 要介護状態区分　１　２　３　４　５　経過的要介護　／　要支援状態区分　１　２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　　　年　　月　　日　から　　　　　　年　　月　　日　まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設  入所の有無  （短期入所を除く。） | | | | 有 | | | 入所施設名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 無 | | | 電話番号  １　自宅　　２　入院　病院名（　　　　　　　　　　）  （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請の 理由 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医  該当に○  (有・無) | | 医療機関名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科目名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 主治医の氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険者名称 | | | 番号（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | | | 記号　　　番号 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護（予防）サービス計画及び支援計画を作成するため必要な場合は、次の１に掲げる認定に係る情報を、多摩市から次の２に掲げる事業者等の関係者に提示することに同意します。  １　調査内容、主治医意見書並びに介護認定審査会の判定結果及び意見  ２　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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 番号C　　　通知C　　　住民票　　　住基  他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身元１点  　　２点 | 番号C　　運転免許証　　運経証明書　　パスポート  住基C　　身障　　精障　　在留C　　特永証明  他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護証　　　後期証　　　健康保険証　　年金手帳  他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 代理権 | 委任状　　介護証　　後期証　　健康保険証  年金手帳　　登記事項証明書  他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

認 定 調 査 確 認 票

＊該当するものにチェックしてください。 　　　　　　　　　　　　　　　 多摩市介護保険課

☐新規 　☐更新 　☐区分変更（現在要支援）　☐区分変更（現在要介護）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １．認定調査対象者  （被保険者氏名） | （ふりがな） | | | |
| ２．記入者 | ☐本人　　☐家族　　☐ケアマネ　　☐病院　　☐その他（　　　　　　　　　　　）  ☐地域包括支援センター（ 西部・東部・多摩センター・中部・北部・愛宕・その他 ） | | | |
| ３．利用したいサービス  （利用中のサービスを含む） | ☐ヘルパー　☐デイサービス　　☐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　☐（看護）小規模多機能型居宅介護  ☐訪問入浴　☐訪問リハビリ　　☐訪問看護　☐その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| ４．家族状況 | ☐独居　　☐同居（ 夫 ・ 妻 ・ 子 ・ きょうだい ・ その他（　　　　　　　）） | | | |
| ５．調査場所 | ☐自宅　※自宅の場合はチェックのみ  ☐病院　☐施設　☐その他（　　　　　　　）※病院・施設・その他の場合は以下を記入  ・名　　称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　階　　　　　病棟）  ・住　　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　・電話番号（　　　　－　　　　－　　　　）  　・入院または入所日　　（　　　　年　　　　月　　　　日）  　・退院または退院予定日（　　　　年　　　　月　　　　日 ・ 未定） | | | |
| ６．調査同席有無  ※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 | ☐なし  ・日程調整先（ 本人 ・ 病院 ・ 施設 ）  ・連絡先　①　　　－　　　－  　　　　　②　　　－　　　－ | ☐あり （ふりがな）  ・氏名：　　　　　　　（本人との関係）  ・連絡先　①　　　－　　　－  　　　　　②　　　－　　　－ | | |
| ７．調査希望日  ※土・日・祝日は調査不可となります。  ※調査時間は約１時間程度 | ＊訪問にあたり、本人・同席者の都合が悪い曜日があれば"×"をつけてください。   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 備考 | | 午前 |  |  |  |  |  |  | | 午後 |  |  |  |  |  |  | | | | |
| ８．身体状況 | ・介護に至った病名または症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・本人に告知していない病名　☐なし　　☐あり（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ９．調査時留意事項 | ☐認知症あり　　☐筆談が必要　　☐別室での聞き取りが必要  ☐認定結果が決定する前にサービスを利用予定　※新規・区分変更の方のみチェック | | | |
| 10．区分変更申請理由  ※区分変更の方のみ | ☐状態改善　☐状態悪化　☐その他 | | | |
| 11．申請に至った経緯  ※現在の心身の状態、病状（入院中の場合は入院理由を含む）及び申請した目的等をご記入ください | （区分変更の方は、項番10を選択した理由を簡潔にご記入ください。） | | | |
| 12．その他、注意する点や事前に伝えたい点等があればご記入ください |  | | ケアマネ・包括 | 市記入欄 |
| 担当者 | 受付者 |
|  | □ 郵 送 |