第２２号様式（法規則第３５条、第４２条、第５５条の２関係）

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

変更

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	１　自宅　２　入院　病院名（　　）	電話番号 （　　）	
	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	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（　　）
２点	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・包括担当者	市記入欄 受付者
	□ 郵 送