

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	医療 保険者 名称	番号 ()
身元 1 点	番号 C	運転免許証	運経証明書	パスポート	記号 番号	記号 () 番号 () 枝番 ()
2 点	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 ()				資格 区分	本人 ・ 家族
代理権	委任状	介護証	後期証	健康保険証	資格 取得日	H ・ R
	年金手帳	登記事項証明書				
	他 ()					
						年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> （看護）小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 ()																										
4. 家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (夫・妻・子・きょうだい・その他 ())																										
5. 調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 ※自宅の場合はチェックのみ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし ・日程調整先 (本人・病院・施設) ・連絡先 ① _____ ② _____			<input type="checkbox"/> 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。 <table><tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>備考</td></tr><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							月	火	水	木	金	備考	午前							午後						
	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()																										
9. 調査時留意事項	<input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 別室での聞き取りが必要 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 郵 送																					