

## 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	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 ( )	医療 保険者 名称	番号 ( )
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 ( )	記号 番号	記号 ( ) 番号 ( ) 枝番 ( ) 本人 · 家族
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 ( )	資格 区分 資格 取得日	H · R 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 border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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、項目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																						