

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

那須烏山市長 宛て

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0	個人番号																			
	医療 保険	保険者名	後期高齢・国民健康保険 その他 ()					保険者番号														
		被保険者証	記号					番号				枝番										
	フリガナ																					
	氏 名							生年月日	明・大・昭			年	月	日								
								性 別	男			・	女									
	住 所		〒321- 那須烏山市					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														
			有効期限					年	月	日	から	年	月	日								
	変更申請の理由																					
過去6月間の介護保険 施設医療機関等 入院、入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日															
		介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日															
		医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日															
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地					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																		

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、那須烏山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。

本人氏名

要介護認定区分変更申請時の補助シート

✓認定調査の目安として使いますので太枠内を記入してください。

申請に来た人	氏名 () 続柄 ()	
今後の方向性・ 利用を増やしたい 介護保険サービス (複数回答可)	1. デイサービス	2. ホームヘルプ(身体・生活)
	3. 通所リハビリ	4. ショートステイ
	5. 施設入所(特養・老健・介護医療院・)	
	6. 訪問看護・訪問リハビリ	
	7. 福祉用具貸与・購入(品目)	
	8. 住宅改修(改修後の申請は受付できません)	9. 未定・わからない
	変更申請の理由	
	1. 区分変更する理由を申請書に記入しましたか (□はい □いいえ)	
	2. ケアマネジャーや施設職員と話してありますか (□はい □いいえ) ⇒担当は誰ですか(所属:) 担当者:)	
3. 区分変更申請に至った理由について、該当箇所に✓してください(複数可) □ 老衰 □ 下肢の筋力低下 □ 認知症の進行 □ 精神症状の進行 □ 骨折 □ 外傷(箇所) □ 脊柱管狭窄症() □ 脳血管疾患() □ 心疾患() □ 肺疾患() □ がん(□治療中 □末期) 本人告知(□あり □なし) □ その他()		
4. 最近の心身の状況について、該当するものに○をつけてください。 【歩行】 自立・つえ ・歩行器 ・手引き ・車いす ・寝たきり 【入浴】 自立・見守り・一部介助・全介助・行っていない 【排泄】 自立・見守り・一部介助・全介助 (オムツ・尿カテーテル・ストマ) 【更衣】 自立・見守り・一部介助・全介助 【食事】 自立・見守り・一部介助・全介助(経管栄養・中心静脈栄養)・食べていない 【認知・精神】 日にちや場所がわからない ・ 短期記憶なし ・ 徘徊 ・ 被害的 感情不安定 ・ 妄想 ・ 幻視 ・ 幻聴 ・ 話がまとまらない 昼夜逆転・介護抵抗・暴言・暴力・破壊行為・不潔行為 【備考欄】		
5. 上記の内容を主治医に話してありますか (□はい □いいえ)		
6. 心身の状態は安定していますか (□はい □いいえ)		
調査の場所 病院の場合、病棟・部屋番号 を記入してください。	1. 施設・デイ・ショート等(事業所名)	
	2. 病院(病院 階 病棟 号室)	
	3. 自宅 (例) ○○大学病院 7階 西病棟 702号室	
	4. 住所地以外の居所()	
調査立会い 連絡先	1. 家族等が立会う	2. ケアマネ・職員等が立会う
	氏名() 続柄()	
	TEL() 携帯・自宅・勤務先()	
	平日昼間に連絡が付きやすい曜日・時間帯()	
【連絡事項】		
居宅サービス 利用状況	デイサービス 月 火 水 木 金	那須烏山市 健康福祉課 介護保険グループ ☎0287-88-7115 (平日8:30~17:15)
	ショートステイ 月 火 水 木 金	
	ヘルパー・訪問看護 月 火 水 木 金	
事務処理欄	□ 至急調査 不要 ・ 要(理由)	
	調査	月 日 曜日 AM/PM : 調査員