

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

釧路市長あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号		
	医 療 保 険	保険者名	<input type="checkbox"/> 北海道後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 釧路市（国民健康保険） <input type="checkbox"/> その他（ ）		保険者番号
		被保険者	記号	番号	枝番
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年 月 日
	氏 名		性 別	男	・ 女
	住 所		〒 - 電話番号 ()		
	現在の 要介護状態 区分等		要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
			有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	変更申請の理由				
	有 ・ 無	過去 6ヶ月間の 介護保険 施設又は 医療機関等 への入院・ 入所の有無 *短期入所 の場合は除く	介護保険施設又は医療機関の名称	期間	
所在地 〒 -			年 月 日 ~ 年 月 日		
有 ・ 無		介護保険施設又は医療機関の名称	期間		
		所在地 〒 -	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・指定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）
	住 所	〒 - 電話番号 ()

主 治 医	主治医氏名	医療機関名
	医療機関 所在地	〒 - 電話番号 ()

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

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、主治医意見書、釧路市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、釧路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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名	
代理人名（家族）	続柄
理 由	（本人が記入できない理由を記入してください。例：寝たきり、認知症など）

サービス状況調査票			申請区分	新・変・更		被保険者番号					
被保険者	氏名	電話		-		-					
		携帯電話		-		-					
申請者	氏名 名称	続柄		電話		-					
				携帯電話		-					
申請理由			希望のサービス								
利用中のサービス(有・無)	<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護					
	<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護					
	<input type="checkbox"/>	訪問看護	<input type="checkbox"/>	通所リハビリ	<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護					
	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	通所介護	<input type="checkbox"/>	その他 (下に詳細を記載して下さい)					
	<input type="checkbox"/>	住宅改修	<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導							
	<input type="checkbox"/>	福祉用具 貸与・購入	品名:								
施設入所中(施設名)											
病院入院中(病院名、病棟)						退院予定日	/				
訪問調査	同席者	ふりがな 氏名	続柄		電話		-				
					携帯電話		-				
	日程調整 連絡先	本人 ・ 同席者 ・ 申請者			電話		-				
		その他 (ふりがな氏名 続柄)			携帯電話		-				
	調査場所	1. 自宅 (一軒家 ・ 集合住宅 階 号室)					表札	有 ・ 無			
2. 病院 ()					駐車場所	有 ・ 無					
3. その他 ()											
調査時の留意点・希望等											
かかりつけ医の受診状況		前回 受診日	/	次回 受診日	/	がん末期等による 審査判定の緊急性		有 ・ 無			
緊急連絡先	ふりがな 氏名	続柄		電話		-					
				携帯電話		-					
送付先	1. 被保険者の住所 2. 申請者(本人・家族の了承済み) 3. その他(下に詳細を記載して下さい。)										
	〒	-	住所	氏名	続柄						
その他						受付印					