

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

（提出先） 川越市長

次のとおり申請します。

										申請年月日					年 月 日				
介護保険 被保険者番号		1	0	0						個人番号									
医療 保険	保険者名									保険者番号									
	被保険者 記号番号	記号								番号						枝番			
フリガナ												生 年 月 日				年 齢			
氏 名										男 女		年 月 日				満 歳			
住 所 (住民登録地)		〒 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 から 年 月 日 まで																	
変更申請の理由																			
医療機関又は施設 に入院・入所 ☐ している ☐ していない		入院・入所施設名														病室			
		所 在 地		〒 電話番号 ()															

主治医	主治医氏名						医療機関名					
	所 在 地		〒 電話番号 ()									
	定期受診の有無		有 無				最終受診日		年 月 日			

※1箇月以内に受診がない場合は、後日受診をお願いすることもあります。

提出代行者 (家族等)	氏 名							続 柄				
	住 所	〒 電話番号 ()										
提 出 代 行 事 業 者	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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 ()											

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、次の欄を記入してください。また、医療保険の被保険者の資格情報が確認できる書面を提示してください。ただし、医療保険の被保険者の資格情報を登録したマイナンバーカードをお持ちの方は、提示は不要です。

特 定 疾 病 名												
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

私は、介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成するために必要がある場合又は主治医意見書を記載した医師が希望した場合には、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、川越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。

受 領 者		資 格 者 証	済 未	入 力 者		前 回 H P	同 異	☐ 期限切れ新規
								☐ 非該当
								☐ 取下げ

本人氏名 _____
代筆 () _____

要介護(支援)認定が円滑に行えるように、下記について記入のご協力をお願い致します。

1 調査に同席される方はいますか？

☐ 同席する ☐ 同席しない

2 【調査に同席される方がいる場合のみ記入】

同席する方の平日の日中に連絡が取れる電話番号を、連絡する優先順に記入してください。

①氏名()続柄()		—	—	【自宅・職場・携帯】
		—	—	【自宅・職場・携帯】
②氏名()続柄()		—	—	【自宅・職場・携帯】
		—	—	【自宅・職場・携帯】

3 調査場所について

- ☐ 川越市内の自宅（住民票上の住所）
☐ 入院・入所中で退院・退所の予定なし
☐ 入院・入所中で退院・退所（転院・転所）予定あり（ 月 日予定 ・ 未定 ）

転院・転所予定先



①名称： ②：

☐ 上記以外の場所

③住所：

4 今後、1ヶ月の間で外泊（ショートステイの利用等）や入院する予定はありますか？

☐ ある → 月 日 ～ 月 日

名称：

☐ ない

住所：

5 調査に伺うのに都合の悪い日はいつですか？該当する時間帯に○をつけてください。

月（午前・午後） 火（午前・午後） 水（午前・午後） 木（午前・午後） 金（午前・午後）

6 調査の希望について該当するものに ✓ をつけてください。

- ☐ 介護認定の調査だとわからないように調査してほしい
☐ 本人の前で話しづらい内容があるので、別室で聞き取りをしてほしい
☐ 手話通訳 ☐ 筆談 → （ ☐ 認知症のこと ☐ 病気のこと ☐ その他 ）

7 調査にあたり、事前に伝えておきたいことがありましたら簡単に記入してください。

8 調査場所付近に駐車場所はありますか？

☐ ある（場所： ） ☐ ない

9 次回の医療機関（主治医）受診予定日

月 日

10 居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへご相談されている方は記入してください。

事業所名

ケアマネジャー氏名