介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

千代田区長　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日

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		保険者番号		
		被保険者証	記　号		番号	枝　番
	フリガナ			生年月日		
	氏　名			性　別		
	住　所	電話番号				
	前回の要介護認定の結果等					
		有効期限　　　から				
	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	介護保険施設等の名称等・所在地		期間　～		
		介護保険施設等の名称等・所在地		期間　～		
		医療機関等の名称等・所在地		期間　～		
	有・無	医療機関等の名称等・所在地		期間　～		

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）
	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、千代田区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。

介護被保険者証　回収・未回収（紛失・調査時に回収）

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（裏面もご記入ください）

被保険者氏名

令和７年12月作成版

認定調査員への連絡事項

１．調査日の調整はどなたに連絡すればよろしいですか。

☐本人
☐申請代行者（表面と同じ）
☐その他（病院・施設含む）

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿ 本人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿
電話①＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話②＿＿＿＿＿＿＿＿
※平日昼間に連絡の取りやすい電話番号を順にご記入ください。

２．調査の時に立ち合いを希望されますか？

（実態に合った調査をするために、できるだけ日頃の状況（直近１週間、１か月の様子）が分かる方の立ち合いをお願いします）

☐立ち合いなし
☐立ち合いあり

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿ 本人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿
電話①＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話②＿＿＿＿＿＿＿＿
※平日昼間に連絡の取りやすい電話番号を順にご記入ください。

３．調査実施場所はどこですか？

☐申請書に記載の住所 → 建物名・ビル名　☐なし　☐あり（　　　　　　　　　　）
☐その他

病院名・施設名・家族名等＿＿＿＿＿＿＿＿
所在地＿＿＿＿＿＿＿＿（病棟・建物名　　　　　　　）

４．ご都合のつかない日時はありますか？

［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

※認定調査は平日に実施します。
※調査の日時指定は、調査員の手配ができない可能性がありますのでお控えください。

５．現在、通院したりお薬の処方を受けている病気はありますか？

☐なし
☐あり → （病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６．該当する項目、全てにチェックをつけてください。

☐病名を本人に告げていないので配慮してほしい。
☐本人のない場所で聞き取りをしてほしい。
☐同時申請あり → その方の氏名（　　　　　　　　　　　　　　）
☐調査を急いでほしい

理由（例：終末期のため　　　　　　　　　　　　　　　　）

☐入院中
入院理由：＿＿＿＿＿＿＿＿
退院予定日：＿＿＿＿＿＿＿＿

☐そのほか、調査員に事前にお知らせしておきたいことがあればご記入ください。

<受付処理欄>

受付者		申請方法	☐窓口 ☐郵送