

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

年

月

11

被 保 険 者	介護保険番号															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									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)

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）

フリガナ

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番に記入してください。

立会いの有無 ☐ あり ☐ なし

2. 調査の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 階）

電話

3. 新規申請、要支援からの区分変更申請の場合、申請理由をご記入ください。

4. 入院中の場合、入院理由と手術日をご記入ください。

入院理由

手術日 年 月 日

5. 現在治療中の病気や過去にかかったことのある病気をご選択ください。

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳血管疾患 ☐ がん ☐ 腰痛・膝痛など☐ その他

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。☐ 本人のい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）

☐ 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