

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

春日部市長 あて

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	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2
医療 保 険	保険者名	春日部市						保険者番号		110148														
	被保険者 記号番号	記号	614			番号	11111			枝番	01													
被 保 険 者	フリガナ	カスカベ タロウ						生年月日	明・大・昭			11年 1月 1日												
	氏名	春日部 太郎						性別	男			女												
保 険	住所	〒344-8577 春日部市中央七丁目						前回の介護度と有効期間を記入してください。																
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入		要介護状態区分					1	2	3	4	5	要支援状態区分		1	2							
者	変更申請の 理由	状態悪化のため						有効期	R8年1月1日			から	R9年12月31日			まで								
	過去6日間の 入院、入所の 有無	理由は簡潔に詳細は裏面に記入してください。						医療機関等の名称等・所在地		春日部市立医療センター			期間	R8年1月1日 ~ R8年1月31日										
提 出 代 行 者	名称	該当に○(地域包括支援センター・ 春日部 花子(妻))						被保険者の親族、または申請を代行する居宅介護 支援事業所等の名称を記入してください。																
	住所	〒 同上						電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇																
主 治 医	主治医の氏名	粕壁 次郎						医療機関名		春日部市立医療センター														
	所在地	〒344-8588 春日部市						主治医の名前をフルネームで記入してください。 (しばらく受診がない場合は受診するようにしてください)																
第2号被保険者(40歳から64歳までの医師)		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、春日部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、春日部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(市が指定する情報連携システム又は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。また、更新申請において、申請日から30日以内に認定がなされない場合、現在の認定の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名	春日部 太郎	代筆	春日部 花子	続柄	(妻)
------	--------	----	--------	----	-------

認定申請に係る調査連絡票

※介護保険認定申請にかかる確認事項 (以下 わかる範囲でご記入ください。)

区分変更 介護新規

(被保険者番号)

該当の申請区分にレ点をしてください。

太郎 ・ 1234567890

日程調整先	・氏名	かすかべ はなこ 春日部 花子 (被保険者との関係) 妻
	・連絡先 (日中連絡可)	〇〇〇
立会者 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	立会者氏名	担当ケアマネで調査可能な場合はケアマネの氏名、事業所名、調査できる旨ご記入ください。 調査当日の連絡先もご記入ください。
	被保険者との関係	
調査場所 (自宅・その他) どちらかに○を付けてください	病院名・施設名等：	入院入所中の方は病院、施設名称と 入院入所の期間と病棟をご記入ください
	住所：	
	期間：	～

メモ欄 ・ 区分変更・介護新規の方はご回答ください。

状態悪化 状態改善 その他 ()

※ 2号被保険者の場合は特定疾病をご記入ください。

・心身の状態像 について

例) 筋力低下、もの忘れあり

・調査日について

例) 透析・通院のため月・水・金は不可

デイサービスのため木曜日は不可

・入院・入所、退院・退所について

例) 令和7年1月末退院予定

・駐車スペースについて

・担当ケアマネジャー

など

備考 (職員記入欄)

申請者：

認：有・無・不明

申請区分に関係なく調査員に伝えたい事項をメモ欄
にご記入ください