

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

守谷市長 宛て

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 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 記号・番号		記号								番号						枝番										
	フリガナ												生年月日		年		月		日									
	氏名												性別		男		・		女									
	住所		〒										電話番号															
	前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					有効期限		年		月		日		から		年		月		日	
	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		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日	
			介護保険施設の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日	
医療機関等の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日				
有・無		医療機関等の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日		

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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、守谷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、守谷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

# 守谷市要介護認定申請等補助調査票

フリガナ  
来庁者名 \_\_\_\_\_ 続柄(子・配偶者・ \_\_\_\_\_ )

被保険者番号	_____	耳の聞こえにくさ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
被保険者氏名	_____	認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
調査時の同席者	<input type="checkbox"/> 来庁者	同席者の連絡先 (携帯電話も可)	① _____ ② _____
	<input type="checkbox"/> 来庁者以外 ※以下も記入 氏名： _____ 続柄(子・配偶者・ _____ )		
調査先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 _____ ( _____ 号室)		
訪問調査 希望日時	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 午前(9:30開始※) <input type="checkbox"/> 午後(13:30開始※) <input type="checkbox"/> 午前・午後とも可 ※調査場所等により、開始時間が変更になる場合があります。		
本人の普段の様子 や介護状況 がわかる方	<input type="checkbox"/> 同席者 <input type="checkbox"/> 同席者以外 氏名 _____ 連絡先 _____ 続柄または事業所名等 _____ *家族が同席されない場合は、家族の連絡先を御記入ください。 *後日、認定調査の内容について問い合わせをする場合がございます。		
現在受けている サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 医療型ショートステイ <input type="checkbox"/> グループホーム入所 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム入所 <input type="checkbox"/> 老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> その他施設等入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> げんき館 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
主治医への 受診状況	<input type="checkbox"/> 直近の受診状況 _____月 _____日頃 受診 <input type="checkbox"/> 次回の受診予定 _____月 _____日頃 受診予定 <input type="checkbox"/> 入所施設で定期的(月1回以上)に受診 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定: <input type="checkbox"/> _____月 _____日頃 <input type="checkbox"/> 未定)		

私は、以下の事項に同意し、介護認定の申請をいたします。(「」内に「」と御署名ください。)

- 介護認定調査にあたって、この情報を認定調査に従事する調査員に提示すること
- 認定結果が非該当など予想とは異なる結果になる可能性があること

年 月 日 本人氏名 \_\_\_\_\_

市役所記入欄			
調査日時	月 日 ( ) :	車番	
調査員	(自宅・その他)	第三者行為	有・無
申請区分	新規・区変・更新(～平成・令和 年 月 日)	意見書	済・未・保留
認定状況	平成・令和 年 月 日認定 介・支( )	暫定	有( )・無
事前連絡	不要・要 → 同席者・本人・その他( ) TEL:		
交通手段	公用車・公共交通機関・その他( )	駐車料金	要・不要

窓口申請時の質問票  
【区分変更申請】

被保険者氏名 ( )  
来庁者氏名 ( ) 本人との関係 ( )  
来庁者住所 ( )

●相談受付日 【 年 月 日】 ●相談受付者名【 】

要介護認定のために、認定調査員がご自宅等に訪問します。その際に、心身の状態についてお伺いします。調査の参考として、下記の質問にお答えください

●申請に至った経緯についてお聞かせください。

①	介護申請を希望される理由について、お選びください。
	1.病気      2.骨折      3.物忘れ、認知症の悪化      4.病気の進行による日常生活動作低下 5.その他( )
②	①の原因は交通事故等ですか？
	1. はい      2.いいえ

●病歴、病気、ケガについてお聞かせください。

①	治療中、今までにかかった病気・怪我等があれば記入してください。
	病名 ( ) 時期 ( )
	病名 ( ) 時期 ( )
	病名 ( ) 時期 ( )
	病名 ( ) 時期 ( )

●入院・手術についてお聞かせください。

①	入院中の方は下記にご記入ください。
	入院日 ( 年 月 日) 病院名 ( )
②	手術の有無についてお答えください。
	1.これから行う予定である(手術予定日 年 月 日)
	2.すでに行った(手術日 年 月 日)      3.ない
③	退院予定について下記にご記入ください。
	退院・転院の予定( 有 ・ 未定 ) 転院先( )
	退院・転院予定日( 年 月 日) 退院先 ( 自宅 ・ その他( ))

●日常生活・その他必要な情報についてお聞かせください。

①	<p>現在、介助が必要な行為を全てお選びください。</p> <p>入浴 ・ トイレ ・ 食事 ・ 着替え ・ 調理 ・ 掃除</p> <p>買い物 ・ 服薬 ・ 歩行 ・ その他 ( )</p>
②	<p>今、困っていることや相談のきっかけをご記入ください。</p> <p>( )</p>
③	<p>本人の意向をお選びください</p> <p><input type="checkbox"/>家で生活したい    <input type="checkbox"/>通所サービスに通いたい    <input type="checkbox"/>訪問介護(ヘルパー)を利用したい</p> <p><input type="checkbox"/>訪問看護・リハビリを利用したい    <input type="checkbox"/>住宅改修をしたい    <input type="checkbox"/>福祉用具を借りたい    <input type="checkbox"/>福祉用具を購入したい</p> <p><input type="checkbox"/>施設に入所したい    <input type="checkbox"/>ショートステイを利用したい    <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
④	<p>家族の意向をお選びください</p> <p><input type="checkbox"/>家で生活したい    <input type="checkbox"/>通所サービスに通いたい    <input type="checkbox"/>訪問介護(ヘルパー)を利用したい</p> <p><input type="checkbox"/>訪問看護・リハビリを利用したい    <input type="checkbox"/>住宅改修をしたい    <input type="checkbox"/>福祉用具を借りたい    <input type="checkbox"/>福祉用具を購入したい</p> <p><input type="checkbox"/>施設に入所したい    <input type="checkbox"/>ショートステイを利用したい    <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
⑤	<p>現在、病院等で医療保険のリハビリを受けていますか？</p> <p>はい ・ いいえ</p>
⑥	<p>現在、げんき館を利用していますか？</p> <p>はい ・ いいえ</p>
<p>●その他に前もってお伝えしたいこと、相談したいことはありますか？</p> <p>はい ・ いいえ</p>	

――記入はここまでとなります。以下は職員による聞取りとなります。――

●家族構成について

<p><b>【家族構成】</b></p> <p><input type="checkbox"/> = 男性    <input type="radio"/> = 女性</p> <p>回◎ = 本人    ■● = 死亡</p> <p>☆ = 申請者</p> <p>主介護者に「主」</p> <p>副介護者に「副」</p> <p>同居家族は丸で囲むようにしてください</p>
--

●自由記載欄

<p>自由記載欄</p>
--------------