

## 埼玉県三郷市長 あて 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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 記号・番号	記号					番号				枝番
	フリガナ							生年月日	明・大・昭年月日			
	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 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日									
	変更申請の理由											
	過去6ヶ月間の 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 年月日～年月日				
介護保険施設等の名称等・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							
医療機関等の名称等・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							
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												
特定疾患名												

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、三郷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。

本人氏名

代筆者

続柄（ ）

※個人情報保護のため、FAXでの申請は受付いたしません

※裏面もご記入ください

市 処理 欄	受付	入力	番号確認者	本人確認	番号確認	代理権	代理人身元確認
				個・( )	個・( )	介・負・ 委任・( )	
				介・負・保・( )	不備・誤記		

# 認定調査連絡票

認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願い致します。  
なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、三郷市または市から委託した事業所の認定調査員に対して提供し、後日「連絡先」となるかたへご連絡を差し上げます。

被保険者氏名	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護新規														
<b>1 申請理由（新規、区分変更の方は必ずご記入ください。）</b> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">きっかけ</td> <td>怪我・病気</td> <td>いつから：</td> </tr> <tr> <td>加齢・その他（ ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">困りごと</td> <td><input type="checkbox"/>買い物 <input type="checkbox"/>掃除 <input type="checkbox"/>入浴 <input type="checkbox"/>ベッド <input type="checkbox"/>車椅子 <input type="checkbox"/>住宅改修 <input type="checkbox"/>リハビリ <input type="checkbox"/>通所型サービス <input type="checkbox"/>その他</td> <td></td> </tr> </table>			きっかけ	怪我・病気	いつから：	加齢・その他（ ）		困りごと	<input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> その他							
きっかけ	怪我・病気	いつから：														
	加齢・その他（ ）															
困りごと	<input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> その他															
	<b>2 調査場所について</b> <table border="1"> <tr> <td>訪問調査場所</td> <td><input type="checkbox"/>現住所地 <input type="checkbox"/>施設・病院内 <input type="checkbox"/>その他（ ）</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>電話番号</td> </tr> <tr> <td>施設・病院</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>施設名 病院名等</td> <td>棟 階 号室</td> </tr> <tr> <td>入院（所） 年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>（転院・退院等の予定をご記入ください） いつから どちらへ（施設・病院名）</td> </tr> <tr> <td>転院・退院の予定</td> <td> <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>未定  <input type="checkbox"/>あり           </td> <td>→</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>			訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> 施設・病院内 <input type="checkbox"/> その他（ ）	住所	電話番号	施設・病院	<table border="1"> <tr> <td>施設名 病院名等</td> <td>棟 階 号室</td> </tr> <tr> <td>入院（所） 年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>（転院・退院等の予定をご記入ください） いつから どちらへ（施設・病院名）</td> </tr> <tr> <td>転院・退院の予定</td> <td> <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>未定  <input type="checkbox"/>あり           </td> <td>→</td> </tr> </table>	施設名 病院名等	棟 階 号室	入院（所） 年月日	年 月 日	（転院・退院等の予定をご記入ください） いつから どちらへ（施設・病院名）	転院・退院の予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> 施設・病院内 <input type="checkbox"/> その他（ ）															
住所	電話番号															
施設・病院	<table border="1"> <tr> <td>施設名 病院名等</td> <td>棟 階 号室</td> </tr> <tr> <td>入院（所） 年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>（転院・退院等の予定をご記入ください） いつから どちらへ（施設・病院名）</td> </tr> <tr> <td>転院・退院の予定</td> <td> <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>未定  <input type="checkbox"/>あり           </td> <td>→</td> </tr> </table>	施設名 病院名等	棟 階 号室	入院（所） 年月日	年 月 日	（転院・退院等の予定をご記入ください） いつから どちらへ（施設・病院名）	転院・退院の予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり	→							
施設名 病院名等	棟 階 号室															
入院（所） 年月日	年 月 日	（転院・退院等の予定をご記入ください） いつから どちらへ（施設・病院名）														
転院・退院の予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり	→														
<b>3 調査実施日の連絡先（認定調査員から電話連絡させていただきます）</b> <table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td>続柄</td> <td colspan="2">※平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>電話番号①</td> <td></td> </tr> <tr> <td>事業所等 所属名称</td> <td colspan="3">※本人・家族等の場合は記入不要です。</td> </tr> </table>			フリガナ	続柄	※平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。		氏名		電話番号①		事業所等 所属名称	※本人・家族等の場合は記入不要です。				
フリガナ	続柄	※平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。														
氏名		電話番号①														
事業所等 所属名称	※本人・家族等の場合は記入不要です。															
<b>4 調査に同席される方がいる場合、下記①～②をご記入ください。</b> ※ 平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。																
① <input type="checkbox"/> 上記3 の連絡先のかた																
② 氏名	続柄	電話番号①														
事業所名		電話番号②														
<b>5 認定調査員車両の駐車場所</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自宅・施設等駐車場 <input type="checkbox"/> その他（ ）																
<b>6 調査にあたり事前に伝えておきたいこと</b> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり</td> <td><input type="checkbox"/> 別室での調査希望あり</td> <td><input type="checkbox"/> 未告知の病気あり</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ペットあり（犬・猫・他 ）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり	<input type="checkbox"/> 別室での調査希望あり	<input type="checkbox"/> 未告知の病気あり	<input type="checkbox"/> ペットあり（犬・猫・他 ）			<input type="checkbox"/> その他							
<input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり	<input type="checkbox"/> 別室での調査希望あり	<input type="checkbox"/> 未告知の病気あり														
<input type="checkbox"/> ペットあり（犬・猫・他 ）																
<input type="checkbox"/> その他																