

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

記入例

申請年月日 20XX 年 ● 月 ▲ 日

介護保険 被保険者番号	1 0 0 0 ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲	個人番号																				
医療 保険	保険者名	後期																				
	被保険者 記号・番号	記号																				
被 保 者	フリガナ	トダ タロウ										生年月日	明・大・昭 ● 年 ▲ 月 ■ 日									
	氏 名	戸田 太郎										性 別	男 . 女									
	住 所	〒335-8588 戸田市上戸田1-18-1																				
		電話番号 000-0000-0000																				
險 者	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)																				
		有効期間 令和7 年 2 月 1 日から 令和11 年 1 月 31 日まで																				
	変更申請の 理由	認知症進行のため																				
	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 (部屋番号等:)										期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
	医療機関等の名称等・所在地 (部屋番号等: 201)										期間	R7 年 1 月 20 日 ~ 年 月 日										
	(有) . 無										退院見込 (2 月下旬頃)	・ 不明										

申請者氏名	戸田 一郎		被保険者との関係	長男	
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	〒335-▲▲▲▲▲ ○○県 ○○市 ○○町1-1				
	電話番号 000-0000-0000				

現在、受診をしている主治医の氏名及び医療機関名を記入してください。なお、最終受診日も必ずご記入ください。

主 治 医	主治医の氏名	埼玉 太郎	医療機関名	○○総合病院
	所 在 地	〒335-●●●●● ○○県○○市○○町1-1		
	電話番号 000-0000-0000			

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	脳血管疾患 ※第2号被保険者 (40~64 歳の医療保険加入者) のみご記入ください。	
介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定による判定結果・意見、及び	戸田市から地域包括支援サービス事業者、介護保	
示することに同意します。	主治医意見書を記載した医	

※裏面もご記入ください

被保険者氏名 戸田 太郎

要介護・要支援認定申請に係る連絡票

※調査の事前資料として調査員に写しを提供する場合があります。

被保険者氏名	戸田 太郎
--------	-------

訪 問 調 査 情 報	1. 本人の居所について (※住所地・介護保険施設・医療機関等以外の場合のみ記入) 名称 _____ 住所：〒 _____
	2. 認定調査の立会いについて ☐ 立会無し ☒ 立会有 立会人氏名： 戸田　一郎 (本人との続柄： 長男) ※連絡先については、平日、日中に繋がる電話番号を記入してください。 連絡先①： 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 連絡先②： _____
	3. 認定調査に伺う日程で都合の悪い曜日について ☐ なし ☒ あり→ (例：「火曜日」と記入した場合、火曜日が都合悪い日となる。) 月、火 ※認定調査は原則月曜日～金曜日の日中のみとなります。土日祝日及び夜間等の調査希望はできませんのでご了承ください。
	4. 本人の状態について ①現在の状況について（区分変更申請の方は理由書に記入してください。） （具体例）病歴：脳梗塞　状態：右半身麻痺、トイレや食事に介助が必要 病歴：（例）アルツハイマー型認知症、右大腿骨骨折 状態：　食事をしたことを忘れたり、1日に何度も同じ話をしたりする。骨折したことで、日中外出せずに家にいる。 ②入院（入所）年月日： 令和6　年　12　月　1　日
その他	①次に該当している場合は✓を入れてください。 ☐ 第三者行為（交通事故等の理由での申請） ②事前に調査員に伝えておきたいこと ☒ 本人への調査後、別に話を聞いてほしい ☐ 介護の調査であることを言わないでほしい ☐ 本人に対し、聞かないで　または　言わないでほしいことがある （内容： _____） ☒ その他：何でも「自分でできる」と言ってしまう。実際には家族が手伝っていることが多いが、本人の前では言えないので、調査後家族から聞き取ってほしい。

介護保険要介護認定変更理由書

被保険者		被保険者番号									
フリガナ	トダ タロウ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
氏名	戸田 太郎	生年月日			明・大・昭	〇〇年		△△月		□□日	

◆事業所情報(家族が申請する場合は省略可能)

事業所名	戸田市居宅支援事業所	事業所番号									
計画作成者	介護 花子	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

◆状態が変わってからの医療機関の受診の有無

医療機関受診状況	☐ 無 ☒ 有(平成 〇〇年 □□月 ☆☆☆日受診)・ ☐ 入院(平成 年 月 日から)										
医療機関名等	病院名【 〇〇△△病院 】 担当医【 埼玉 次郎 】										

◆区分変更申請にかかる理由

変更申請の理由 ※心身の状態が変化した状況を記入してください。	① 身体的な状況が悪くな ② 認知症の症状が進行し ③ その他(	・いつ頃、どのような変化があったか。 ・状況の変化で日常生活にどのような困りごとが発生しているか。 ・その他気になることを具体的に記入してください。
	平成〇〇年△△月☆☆日に、転倒により腰を強打し、救急搬送された。	
	入院には至らなかったが、腰の痛みを訴えており、日常生活における移動や	
	排泄に介助を要している。また、主介護者の妻も高齢であり、すべての介護を妻が行うことは困難である。	

◆現在利用中のサービス

1. (介護予防)訪問介護(回/週)	2. (介護予防)訪問入浴(回/週)
3. (介護予防)訪問リハビリテーション(回/週)	
4. (介護予防)訪問看護(回/週)	⑤ (介護予防)通所介護(1 回/週)
6. (介護予防)通所リハビリテーション(回/週)	
7. 小規模多機能型居宅介護	
8. 施設入所(特養・老健・グループホーム・特定施設)	
9. 福祉用具貸与(品目:)	
10. 福祉用具購入(品目:)	

◆サービス見直しによる対応の可否

☐ サービスの見直しにより現在の要介護度での対応が可能 ☒ 対応不可(下記に記入が必要)

◆今後利用を検討しているサービス(軽度化の場合は記入の必要なし)

① (介護予防)訪問介護(4 回/週)	② (介護予防)訪問入浴(2 回/週)
③ (介護予防)訪問リハビリテーション(4 回/週)	
4. (介護予防)訪問看護(回/週)	5. (介護予防)通所介護(回/週)
6. (介護予防)通所リハビリテーション(回/週)	
7. 小規模多機能型居宅介護	
8. 施設入所(特養・老健・グループホーム・特定施設)	
9. 福祉用具貸与(品目: 車椅子、介護用ベッド)	
10. 福祉用具購入(品目:)	

サービスの利用状況及び今後の利用予定は「サービス利用票(兼居宅(介護予防)サービス計画(第6表))」を添付しても結構です。