

# 介護保険 要介護・要支援認定 変更 申請書

(宛先) 岡 崎 市 長

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

<input type="checkbox"/> 個人番号																				
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者	被保険者番号									生年月日	明・大・昭	年	月	日
	フリガナ											年齢	歳	
	氏 名											性別	男・女	
	住 所	〒444- 電話番号 - - 岡崎市												
	入院・入所の 有無 (短期入所 を除く)	有	施設名											1 特養老人ホーム 2 老人保健施設 3 療養病床 4 その他
	無	所在地												

現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分	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	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで	

変更申請の 理由			
-------------	--	--	--

来窓 た口 人に	氏名	連絡先 ( ) -	本人との関係	家族親族 ( ) 民生委員・成年後見人
----------------	----	-----------	--------	------------------------

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・指定介護療養型医療施設、介護医療院) 印		
	所 在 地	〒 - 電話番号 - -	担当者名	

主 治 医	医療機関名		医師名	
	所 在 地	〒 - 電話番号 - -		

下の欄は第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、医療保険被保険者証を提示ください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記 号 番 号	
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、認定調査に係る調査内容、主治医意見書及び認定結果を、私が指定する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、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。また、認定申請に係る情報、介護認定審査会による認定結果、居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者を、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とともに、認定結果が非該当になった場合、認定申請に係る情報を市が実施する高齢者支援の各種事業のため利用することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

※介護保険被保険者証を添えて提出してください。

市確認欄

番号確認

個人カード

通力・住

台

本人確認

保・診

他

・職記

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

他

# 介護保険認定調査場所・立会人・連絡先記入票

(※申請書と一緒にの無いよう、ご提出ください)

本人氏名

※新規、要支援1・2の方はお答えください。  
基本チェックリストではなく、要介護・要支援  
認定申請を希望します。 □はい □いいえ

●訪問調査場所について ※原則として、本人が主に生活している場所でさせていただきます。

□被保険者住所	駐車場所の有無 ( □有 □無 )
□その他 (住所	世帯主名 )
□入院病院・入所施設 (病院・施設名	部屋番号 )
上記病院・施設が遠方の場合 (住所 :	)
(電話番号 :	)

●現在の様子について、入院中の方は入院に至った経緯等

□更新にて特記すべき事柄なし 新規・変更申請の方は経緯を記載ください。例)・認知症が進行した・骨折し手術した・認定結果の見直しを希望等

●調査時に留意すべき事柄について

□無 □有 理由をご記入ください。例)・認知症の事は本人と別で聞いてほしい・余命1カ月と宣告されており調査を急いで欲しい等

●調査に立ち会われるかた

介護保険の認定調査のために、ご自宅または入院・入所先へ伺います。日常生活や介護の状況をお聞きしますので、**正確な調査のため、ご家族等の立ち会いをお願いします。**調査日については**事前に必ずご連絡申し上げます**ので、確実に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

ふりがな	[氏名: ]	[本人との続柄: ]
□同居 ・ □別居(住所:	)	
連絡先・自宅等 (TEL:	)	・携帯電話(TEL: )
・勤務先等(TEL:	⇒会社名	)
※ご家族以外の方が立ち会われる場合は、理由をご記入ください。		
[理由:	]	

●調査予定

できれば避けて欲しい曜日・時間帯に×をつけてください。(透析、デイサービス、リハビリ等含む)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	備考
午前						
午後						

◎認定結果通知書の送付先の変更を希望の方は下記までご連絡ください。

問合せ先：岡崎市役所 福祉部 介護保険課 審査係 TEL 0564-23-6683