

記入例

阿見町長 様
次のとおり申請します。

介護保険被保険者証に記載されている「被保険者番号」をご記入下さい。分からない方は空欄でも結構です。

援認定区分変更申請書

マイナンバー（個人番号）
をご記入ください

記入しない

※町記入欄	
阿見町高齢福祉課	
第	号
受付	

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	1			
	医療保険	保険者名	阿見町								保険者番号	080580															
		被保険者証	記号	阿見								123456	枝番	01													
		フリガナ	アミ																								
		氏名	阿見																								
		住所	〒300-0331 阿見町阿見□□〇〇番地																								
		前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1	2	有効期間	令和 4 年 1 月 1 日	から	令和 4 年 12 月 31 日																		
		変更申請の理由(具体的に詳しくご記入ください)	右大腿部頸部骨折で入院し、歩行困難、トイレ要介助になるなど 身体状態が悪化したため																								
		過去 6 月間の介護保険施設、医療機関等への入院、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	半年以内に入院・入所していた場合、 病院名・施設名をご記入下さい。																							
		有・無	医療機関等の名称等・所在地	阿見病院 1 階 101 号室												期間	令和 4 年 1 月 10 日～令和 4 年 2 月 15 日										
			医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日																							

医療保険被保険者証に記載されている「記号番号」をご記入下さい。(後期高齢者医療被保険者証には記号はありません。) 分からない方・生活保護受給者の方は空欄でも結構です。

現在の介護度と有効期間をご記入下さい。

どのような介護の手間が増えた(減った)かを記載してください。

半年以内に入院・入所していた場合、病院名・施設名をご記入下さい。

提出代行者	名称	該当に○(地域包括支援センター、介護医療院)	記入しない
	住所	〒	※事業者が申請を代行するときに記入する欄です。

主治医	主治医の氏名	阿見 一郎 内科	医療機関名	阿見病院
	所在地	〒300-0332 阿見町中央△△△		

主治医名と医療機関名をご記入下さい。定期的に受診されている、又は、近いうちに受診予定のかかりつけ医をご記入下さい。

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、介護認定・要支援認定、地域包括支援センターサービス事業、地域包括型介護施設(介護予防施設、介護施設)及び介護データベース構築事業に利用することに同意します。

文章をご理解の上、被保険者ご本人のお名前をご記入下さい。ご本人の同意があれば、ご家族の代筆でもかまいません。

本人氏名 阿見 ハナコ

申請にあたってのお願い

申請を受けてから、ご本人の心身の状況を確認するため、介護認定調査員が訪問し、聞き取り調査などを行います。調査にはご本人とご家族（介護者）のご同席をお願いします。

（この訪問調査が済みませんと、認定を受けるための審査、判定ができません。）

訪問調査は平日（月～金）の午前9時～、午前10時～、午後1時30分～（調査時間は約1時間）
いずれかの時間帯に行わせていただきます。

1. 適正な介護認定を行うため、ご本人の状態をよく知る主介護者の方に同席をお願いしております。

認定調査の立会いが可能な介護者の方のご連絡先をご記入下さい。（同居・別居は問いません）

連	フリガナ	アミ イチコ	本人との関係	子
	氏名	阿見 一子		
絡	電話番号	〇〇〇（ 〇〇〇 ） 〇〇〇〇	自宅等	自宅等・携帯電話・勤務先
		△△△（ △△△ ） △△△△		自宅等
先	訪問調査で都合のつかない日程等	月曜日・水曜日 木曜日の午後		
等	連絡・調査で注意してほしいこと	午前9時から10時頃が都合よい。 午後は出掛けていることが多い。		

2. 施設入所中の方の場合は、施設職員にも立会いを依頼するなどして状況の確認を行っております。

この場合、ご家族の立会いを希望されますか。（どちらかを○で囲んでください。）

※希望される場合は、日程調整の連絡をさせていただきます。

調査立会い	希望する ・ 希望しない
-------	--------------

**施設に入所されている方のみ
選択して下さい。**

3. 日常生活状態をお伺いします。（いずれかを○で囲んでください。）

日常生活状態	1. 身体に動かしにくさや不自由さがある。 <input checked="" type="radio"/> 2. 認知症がある。 3. 身体に動かしにくさや不自由さがあり、認知症がある。
--------	--

4. 現在受けているサービスにチェックして、（ ）に利用されている曜日・日程等をご記入下さい。

（居宅でサービスを利用されている方のみ）例：（介護予防）訪問介護（月、火）

<input checked="" type="checkbox"/> （介護予防）訪問介護（ 木 ）	<input type="checkbox"/> （介護予防）通所介護（ （デイサービス）
<input type="checkbox"/> （介護予防）訪問入浴介護（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> （介護予防）通所リハビリ（ 月・水 ） （デイケア）
<input type="checkbox"/> （介護予防）訪問看護（ ）	<input type="checkbox"/> （介護予防）短期入所（ （ショートステイ）
<input type="checkbox"/> （介護予防）訪問リハビリ（ ）	

