

要介護・要支援状態区分変更申請書

（宛先）小樽市長
次のとおり申請します。

ご本人が申請する場合はご本人のお名前、ご家族の方が申請する場合は、ご家族のお名前を記入してください。

申請者氏名	小樽 太郎	本人との関係	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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） ※地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等が代行で提出する場合は、提出代行者の名称の記入をお願いいたします。		
申請者住所	〒047-0000 小樽市花園2丁目0番0号 電話番号 0134-00-0000		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

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	ご加入の医療保険に記載されている内容を記入してください。		
		被保険者証 記号		番号	枚番
	フリガナ	オタル ハナコ		生年月日	昭和○年 ○月 ○日
	氏 名	小樽 花子		性 別	男 ・ (女)
	住 所	〒047-0000 小樽市花園1丁目0番0号 電話番号 0134-00-0000			
	現在の要介護状態区分等	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	年 月 日 から		年 月 日		
介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	過去6月間の状況	施設名称、所在地 入院や入所している場合、病院または施設の名所・住所を記入してください。			
現在、入院入所中の施設名・所在地	○○病院 小樽市花園1丁目0番0号 現在の本人の状態に一番詳しい医療機関名等を記入してください。				

主 治 医	主治医の氏名	小樽 一郎	医療機関名	○○病院
	所在地	〒047-0000 小樽市稲穂0丁目0番0号 64歳以下の方は、必ず医療保険証の写しを添付してください。		

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

特定疾病名	《40歳から64歳までの方のみ記入してください》
-------	--------------------------

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・要支援状態区分変更に係る調査内容、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、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、主治医、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出することに同意します。

本人氏名

印（氏名を自署した場合は、押印を省略できます。）

上記の内容に同意であれば署名してください。（本人以外が署名する場合は、押印が必要です。）

認定調査連絡票

記載例

該当する項目に○を付けてください。

氏名	小樽 花子	申請 区分	区分変更
調査の連絡先	1 本人 電話番号 () 2 上記以外 [氏名 小樽 太郎 本人との関係 長男 同居の有無 電話番号 同居・別居 () () - 0000		
調査時の同席 の有無	1 有(連絡先と同じ場合⇒右の氏名等省略) [氏名 小樽 太郎 2 無 [本人との関係 長男 ※ 調査の際に配慮することなど、事前に調査員に伝えたいことがあれば、下欄の備考 に記入してください。		
調査場所	1 自宅 2 病院・介護施設など (病院・施設名) 3 その他 (場所) (理由)		
調査の都合の 悪い日	1 なし 2 ある (月(午前・午後)、火(午前・午後)、水(午前・午後)、木(午前・午後)、金(午前・午後)) ※ 注意点 (1) 原則として、土・日・祝日及び夜間の訪問調査はできません。 (2) 訪問日は、都合の悪い日を考慮の上、決めさせていただきます。		
備考 (変更申請 理由など)	※区分変更申請に至った理由、その他連絡事項があれば備考に御記入ください。		
小樽市連絡欄	※ この欄は、記入しないでください。		