様式第１３号（第１０条関係）

　（表）

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。 | | 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 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) | | |
| 申請者住所 | 〒  電話番号  ※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 | | |  | | | | | | | | | | | | 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 | | | 年　　月　　日 | | |
| 氏　　　　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | 男　　・　　女 | | |
| 住　　　　所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　月　日～　年　月　日 | | | |
| 現在、入院入所中の  施設名・所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 期間  　　　年　　月　　日～現在 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  電話番号 | | |

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 |  |

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。）

　（裏）

　　　　　　　　　　　　　認定調査連絡票

　該当する項目に○を付けてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | | | 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  　本人との関係  　同居の有無  　電話番号 | | 同居・別居  （　　　） | | | |
| 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 | |
| ２　無 | | | | | | | 本人との関係 | |
| ※　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  　　⑴　原則として、土・日・祝日及び夜間の訪問調査はできません。  　　⑵　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） |  | | | | | | | | |
| 小樽市連絡欄 | ※　この欄は、記入しないでください。 | | | | | | | | |