|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第13（第11条関係） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書  （宛先）津島市長  　次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 住所 | | | | 〒  　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 有効期限　　　　　　年 　　月 　　日から　　　　　　年 　　月 　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 変更申請の理由 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 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 | | | | 介護保険施設等の名称・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 介護保険施設等の名称・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 医療機関等の名称・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 有　・　無 | | | |  | |
|  | 医療機関等の名称・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 主治医 | | | | | 主治医の氏名 | | | |  | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 所在地 | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 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、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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津島市から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若しくは介護保険施設の関係人、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ことに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名  本人氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

**認定調査実施にあたって**

介護認定調査は、調査員がご自宅等へ訪問し、被保険者様の心身の状況を調査させていただきます。

認定調査を速やかに行うために、下記項目にご記入の上、認定申請書を添えて提出をお願いします。

**1．被保険者について**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 同居家族の有無 | なし | あり |
| 認知症と思われる症状の有無 | なし | あり |

**2．認定申請書の提出について**　※来庁または郵送される提出者の方の氏名をご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出者名 | 氏名 | ( |  | ) | 本人との関係 | ( |  | | ) |
| 事業所名 | ( |  | ) | ※本人･家族以外の方は事業所名もご記入ください。 | | | | |
|  | | | | | 提出方法 | | 来庁 | 郵送 | |

**3．認定調査の訪問先**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自宅 | 駐車場の有無 | | | あり | なし | | ※[なし]の場合も近隣に駐車可能な場所が  ありましたらご記入をお願いします。 | | | |
| 駐車場所 | ( |  | | | ) |
| 施設 | 施設名 | ( |  | | | ) |  | | |  |
| 施設住所 | ( |  | | | | | | | ) |
| 病院 | 病院名 | ( |  | | | ) | 病棟・病室 | ( |  | ) |
| 病院住所 | ( |  | | | | | | | ) |
| 退院予定 |  | 未定 | | あり | ( | 年　　月　　日 | | | ) |
| 上記以外 | 住所 | ( |  | | | | | | | ) |

**4．認定調査の日程調整などの連絡先**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 連絡先 | ( |  | ) |  | | |  |
| 家族 | 家族氏名 | ( |  | ) | 続柄 | ( |  | ) |
| 連絡先 | ( |  | ) |  | | |  |
| 上記以外 | 事業所名 | ( |  | ) | 担当者名 | ( |  | ) |
| 連絡先 | ( |  | ) |  | | |  |

**5．訪問調査日**　※訪問調査に**都合の悪い曜日・時間帯**がありましたら「**×**」をつけてください。

なお、がん末期等で迅速に介護サービスの利用を希望する場合は、別途ご相談ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 午　前 |  |  |  |  |  |
| 午　後 |  |  |  |  |  |

**6．同席の希望**※認知症の症状のある方はなるべく同席をお願いします

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望しない | 希望する | 本人との関係 | ( |  | ) |

**7．要介護認定の申請理由**（複数回答可）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険サービス利用希望 | | | 更新のため | 状態悪化のため | |
| その他 | ( |  | | | ) |

**8．その他認定調査に関して伝えておきたいことがありましたらご記入ください。**（現況､既往歴､家族状況など）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ※  市  役  所  使  用  欄 | 受  付 |  |
|  |
|  | 調整  相手 |  |
|  |