|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 被保険者証 | | 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。

**認定調査にあたって**

認定調査を迅速・正確にするために必要な事項ですので、記入についてご協力お願いします。

認定申請書を添えて提出してください。

なお、認定調査は居宅介護支援事業所のケアマネジャーなどに委託することがあります。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 本人氏名 |  |

１　認定調査の日程調整は、どなたとすればよいですか。当日にどなたかの同席を希望されますか。

|  |
| --- |
| 1. 本人②家族（氏名：　　　　　　　　　　　　　　）本人との関係（　　　　　　　）   日中連絡先（TEL:　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記以外の方（事業所名・氏名等：　　　　　　　　　）本人との関係（　　　　　　　）  日中連絡先（TEL:　　　　　　　　　　　　　　） |
| 同席を希望されますか（　　する　　しない　） |

２　認定調査はどこへ伺えばよいですか。また、駐車場はありますか。

|  |  |
| --- | --- |
| 認定調査先 | ○1自宅　2　施設　3　病院　4　その他  2.3.4の場合は名称又は住所をご記入ください。  施設・病院名等（　　　　　　　　　　　　　）住所（　　　　　　　　　　　　　　　）  ○駐車場の有無をご記入ください。  （　　　有　　　・　　　　無　　　　）  ○**有**と回答された方は、駐車場の位置をご記入ください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

３　調査日について、調査に都合の悪い曜日、時間帯はありますか。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| はい | →「はい」と答えられた方は、下記の表に、都合の悪い曜日、時間帯に×をつけてください。 | | | | | |
| いいえ |
|  | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 午前 | |  |  |  |  |  |
| 午後 | |  |  |  |  |  |

４　認知症と診断されている、または認知症と思われる症状はありますか。

|  |
| --- |
| * はい　　□　いいえ |

５　同席者のみでの聞き取りは必要ですか。（個別で認定調査員に伝えたいことがある場合など。）

|  |
| --- |
| * はい　　□　いいえ |

６　その他認定調査に関して伝えておきたいことがあれば記入してください。（疾病など。）

|  |
| --- |
|  |