

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

記入例

小諸市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 6 年 12 月 2 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0000235711	個人番号	235711131719		
	医療 保険	保険者名	長野県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39202080	
	被保険者 記号・番号	記号	番号	1234567	枝番	
	フリガナ	コモロ タロウ	生年月日	大 昭 25 年 4 月 1 日		
	氏 名	小諸 太郎	性 別	男 ・ 女		
	住 所	〒384-0025 小諸市相生町 3 - 3 - 3 電話番号 0267-12-3456				
	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 令和 6 年 1 月 1 日から 令和 8 年 12 月 31 日				
	変更申請の 理由	〇月〇日に転倒し、左大腿部骨折。現在入院中であり、歩行や立ち上がりが困難な状態。ADLが低下し在宅での介護量が増加する見込みのため。				
	過去 6 月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	令和 6 年 10 月 1 日 ~ 年 月 日		

ケアマネジャーや 施設が 称 代行申請する 場合は記入 者 は 所	〇（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） 居宅介護支援事業所〇〇 〒384-1234 小諸市大字〇〇12345 番地 電話番号 0267-98-7654
---	---

主 治 医	主治医の氏名	長野 一郎	医療機関名	〇〇病院
	所 在 地	〒123-4567 〇〇県〇〇市 5678 電話番号 123-456-7890		

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（要介護認定・要支援認定）の作成に必要であるときは、要介護認定・要支援認定に
40 歳から 64 歳の方は特定疾病名を主治医に確認して記入
主治医意見書を小諸市から地域包括支援センターに提出し、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 小諸 太郎

本人氏名を署名 本人が書けない場合は家族が代筆

提出日	調 査 日 時	有 効 期 限	前 回 介 護 度
			前々回 介 護 度

訪問調査事前確認票

訪問調査では、日常生活の状況について申請者ご本人・介護者の方にお話をうかがいます。

訪問は月曜日から金曜日の午前（10時から11時）、午後（2時から3時）に実施します。

利用中のサービス内容・サービス増量希望の場合はその内容

- ☒ 訪問介護（ヘルパー） ☒ 食事 ☒ 排泄・入浴・掃除・洗濯・買物・調理・通院・その他）
☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護
☒ デイサービス ☐ デイケア 【1週間に 3 日】
☐ 短期入所（ショートステイ）
☒ 福祉用具のレンタル・購入【何を： ベッド】
☒ 住宅改修 ☐ 施設に入所したい
☐ その他（_____）
☐ ケアマネジャーと相談して決めたい

調査日程調整の連絡先

※ 日中連絡がとれる方

- ☐
- 本人

- ☒
- 家族

- ☐
- その他

- ☐
- 調整済 (月 日)

フリガナ

コモロ ジロウ

氏 名

小諸 次郎

本人との
関 係

長男

住所

384-0025

小諸市相生町3-3-3

電話番号

0267-12-3456

事業所等

調査の立会者

※ 調査対象者の日頃の状況を把握している方

- ☒
- 上記日程調整者

- 家 族

- ☐
- その他

- ☐ 立会者なし

フリガナ

氏 名

本人との
関 係

住所

三

電話番号

事業所等

訪問調査に伺うのに都合の良いとき（すべてに ○ してください）

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)

調査場所

- ☐ 住所地 ☒ その他 ⇒ 【 ○○病院 ○階 ○病棟 】

調査時の注意事項

本人の前では話しにくいことがあるので、家族には別室で聞き取りしてほしい。