

介護保険 要介護更新認定・要支援更新認定区分変更 申請書

東大和市長 殿
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者証											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		男 ・ 女										
	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か月の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無		介護保険施設等の名称等・所在地 〒										期間 年 月 日 ～ 年 月 日											
			介護保険施設等の名称等・所在地 〒										期間 年 月 日 ～ 年 月 日											
			医療機関等の名称等・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 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・介護老人保険施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）
	住所	〒

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

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	
---------	--

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・要支援認定にかかる調査内容、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、東大和市から高齢者ほっと支援センター（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管理人、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。
また、認定結果が、非該当・要支援1・要支援2の場合、東大和市から高齢者ほっと支援センター（地域包括支援センター）に結果を伝えることに同意します。

同意の場合は、右欄に署名をお願いします。

本 人 氏 名	
代 筆 者 氏 名	本人との関係（ ）

申請区分		東大和市認定調査連絡票			
□新規 □更新 □区分変更					
被保険者氏名		被保険者番号	生年月日（和暦で記載）	現在の介護度	連絡票記入者名・続柄
			年 月 日		()

1.代表連絡先について

(1) この申請に対して、確認事項がある際のご連絡先をご指定ください。

フリガナ

氏名 被保険者との続柄

※平日昼間に連絡の取れる番号を記入してください。

電話番号① 電話番号②

利用中・利用予定サービスに✓

☐ デイサービス ☐ 福祉用具

☐ ホームヘルパー ☐ 訪問入浴

☐ (通所・訪問)リハビリテーション

☐ 住宅改修 ☐ 訪問看護

☐ 医師・薬剤師等の訪問

☐ その他 ()

2.訪問調査時の立会いの有無について（該当の□に✓）

調査立会いは、被保険者の日頃の状況が分かる方をお願いします。調査日前1週間のご様子を主に伺います。
ただし病院・施設での調査の際には、ご家族の立会いは原則不要です。

□立会いあり

立ち会われる方の連絡先等をご記入ください。
ご指定いただいた方へ、ご自宅での認定調査日程調整の連絡をいたします。入所施設の方の立会い者についても下欄にご記入ください。

□ 1.代表連絡先と同じ

□ その他連絡先（詳細を下欄に記入）

フリガナ

氏名

被保険者との続柄

電話番号

□立会いなし

調査後の聞き取り希望について

☐ 希望する ☐ 希望しない

希望される場合の連絡先

□ 1.代表連絡先と同じ

□ その他連絡先（詳細を下欄に記入）

フリガナ

氏名

被保険者との続柄

電話番号

3.訪問調査実施場所について

(1) 調査実施場所について記入してください。（該当の□に✓）

実施場所は、調査日前1週間、被保険者が生活される場所を選択してください。入院予定等で生活場所が複数想定される場合は、複数選択のうえ、お分かりになる範囲での入院・入所期間を記入してください。

☐ ① 自宅（住所：)

☐ ② 入院中（予定）の病院（入院期間：)

☐ ③ 入所中（予定）の施設（入所期間：)

☐ ④ その他（家族宅等）

(2) 調査実施場所が②③④の場合、住所等の詳細を下欄に記入してください。

病院名・施設名・家族名等		（病棟 階）
所在地		電話番号

(3) 入院・入所中の方で、転院・転所もしくは自宅へ戻られる予定がある方は、下欄に記入してください。

転院・退院(予定)日	
転院・転所先病院・施設名	（病棟 階）
所在地	電話番号

4.被保険者の現在の状況、訪問調査に伺う際の留意事項

(1) ☐ ひとり暮らし ☐ 夫婦のみ ☐ その他

(2) 現在治療中の病気・怪我 ()

(3) 調査時の留意事項について、該当する項目すべてに✓をつけてください。

☐ 認知症の症状がある（具体的症状：)

☐ 終末期等のため調査を急いでほしい（状況詳細：)

☐ 病名を本人に告げていないので配慮してほしい ☐ 筆談で聴取してもらいたい

☐ 本人のいない場所で聞き取りをしてほしい ☐ 同時申請者あり（氏名：)

※そのほか、調査員に事前に知らせておきたいことがあれば記入してください。

5.認定調査実施時間のご案内

認定調査は平日のみ実施しています。所要時間は1時間程度です。日程調整の連絡は、順番に市から連絡を差し上げますが、
ご都合がつくお日にちが限られている方は、東大和市 介護保険課 介護認定係（TEL 042-563-2111）までご連絡ください。

有効認定期限	年 月 過去調査	(/ /)
調査日時：	/ () :	委託先／調査員