

○ 要介護・要支援認定変更等申請書 ○

記入例

荒川区長殿 次のとおり申請します。

申請年月日 令和 ○年 ○月 ○日

申請者等	氏名	荒川 次郎	本人との関係 本人・配偶者・ 子 ・子の配偶者・兄弟姉妹・居宅介護支援事業者等
	住所	〒116-0012 荒川区荒川2-2-3	

申請される方の氏名・住所・連絡先電話番号を記入してください。申請書の内容について問い合わせする場合がありますので、正確にご記入願います。

被保険者	フリガナ	アラカワ ハナコ	個人番号	0000123456
	氏名	荒川 花子	生年月日	明・大・ 昭 ○年 ○月 ○日
	住所	荒川区 荒川2-2-3	性別	○

介護保険のサービスを受ける方本人の氏名等を記入してください。

保険者	現在の要介護度(更新の方)	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)
	認定期間	令和4年 1月 1日 ~ 年 月 日

変更申請の理由	認知症が進行し、尿・便秘禁や弄便行為が見られるようになり、排泄介助の手間が大幅に増えた。歩行もふらつきが見られ、転倒を繰り返している。日常生活全般に介助や見守りが必要。
---------	--

変更申請の理由を具体的にお書きください。

かかりつけ医の氏名等を記入してください。認定申請について、事前に医師の了解を得るようお願いいたします。

主治医	氏名	認定 一郎	医療機関	116-0001 荒川区町屋○-○-○
	医療機関住所			

加入している医療保険(国保・後期高齢者医療・社会保険)の医療保険番号を記入してください。正確にご記入願います。

医療保険者名	<input type="checkbox"/> 荒川区国保 <input checked="" type="checkbox"/> 国保以外(後期高齢者医療)	医療保険証記号番号枝番	1 2 3 4 5 6 7 8
--------	---	-------------	-----------------

特定疾病名(64歳以下のみ)	
----------------	--

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、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員、又は区若し

訪問調査の際に立ち会う方の氏名と、区役所の開庁時間帯に連絡のつく電話番号を記入してください。

本人氏名 荒川 花子

訪問調査時	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 屋間のみ一人暮らし <input type="checkbox"/> その他()		
-------	--	--	--

訪問調査時の立会	立会人の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	立会人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100px;">氏名</td> <td style="text-align: center;">荒川 次郎</td> <td>本人との関係</td> <td style="text-align: center;">次男</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">03-1234-0000 携帯電話090-9876-0000</td> </tr> </table>	氏名	荒川 次郎	本人との関係	次男	電話	03-1234-0000 携帯電話090-9876-0000	
氏名	荒川 次郎	本人との関係	次男						
電話	03-1234-0000 携帯電話090-9876-0000								

調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(施設・病院名)	電話	
------	---	----	--

デイスサービス等利用日	月 火 水 木 金	通院等で不在の日	○月○日午後
-------------	------------------	----------	--------

備考	
----	--

調査場所(本人がいる場所)が自宅以外の時は、施設や病院の名称を必ず記入してください。

*以下は記入不要です。	受付	保険者証回収	申請入力	主治医	調査依頼
-------------	----	--------	------	-----	------

調査の日程、連絡方法など、伝えたいことがありましたら記入してください。ただし、ご要望に添えないこともありますので、あらかじめご了承ください。	下入力	変更・取下の連絡
	主治医	調査事業者

人	<input type="checkbox"/> その他()
---	---------------------------------