

必ず記入(黄色)

該当の場合記入

(水色)

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

豊能町長 様
次のとおり申請します。

記入例

申請年月日 令和 4年 4月 1日

被 保 険 者	被保険者番号	2 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号				
	医療保険	保険者名	豊能町(大阪府後期高齢者医療広域連合)	保険者番号	270520(39273214)		
	被保険者証	記号	豊能国(なし)	番号	111111 (11111111)	枝番	01
	フリガナ	トヨノ タロウ		生年月日	大 昭 4年 4月 1日		
	氏名	豊能 太郎		性別	男		
	住所	〒563-0219 豊能町余野414番地の1		電話番号	072-739-0001		
	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			
変更申請の理由	ADLの低下の為						
過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入院・入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年	月	日		
有	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年	月	日		
	医療機関等の名称等・所在地	期間	令和4年3月1日	~	令和4年3月14日		
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年	月	日		

申請者氏名	豊能 花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒563-0219 豊能町余野414番地の1 電話番号 072-739-0001		
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・ <u>居宅介護支援事業者</u> ・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) ●●ケアプランセンター		

主治医	フリガナ	コバ イロウ	医療機関名	豊能町国保診療所
	主治医の氏名	国保 一郎		
	所在地	〒563-0219 豊能町余野61番地の1		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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。豊能町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 豊能 太郎

記入例

令和 4年 4月 1日

認定調査について

要介護認定のために、調査員が後日ご自宅などにお伺いして、あなたの心や身体の状態に関する74項目を確認します。（お部屋に上がらせていただきます。所要時間は約1時間です。）
訪問調査に先立って、次の内容をご記入いただき調査の参考にいたします。

本人氏名

豊能 太郎

← 認定調査を受ける被保険者の方

フリガナ

トヨノ ハチ

本人との関係

調査日時の調整の連絡窓口となっていただく方の氏名

豊能 花子

妻

連絡先電話番号（自宅等）

072-739-0001

（携帯）

090-1234-5678

被保険者との同居

している ・ していない

1. 認定調査希望日時について（平日の調査になります。）

ご都合のよい曜日・時間帯に○印をつけてください。

	月	火	水	木	金
午前	○		○		○
午後	○				○

※調査の日時は電話調整の上、決めさせていただきます。

2. 認定調査時に、どなたか（家族等）同席する方がいますか。

(1) いる (氏名 豊能 花子・TEL 072-739-0001) (2) いない。

3. 入院中、施設入所中や住所地以外に滞在中など、ご自宅で調査ができない場合はご記入ください。

調査場所	〒●●●●-●●●● TEL●●●●-●●●●-●●●●
	豊能町●●番地の● 施設名・病院名等(●●●●病院)

4. 現在治療中、またはこれまでににかかった病気などがありますか。

1. <input checked="" type="radio"/> 脳卒中	2. 骨折（部位：)	3. 変形性関節症	4. <input checked="" type="radio"/> 心臓病
5. 呼吸器疾患	6. 認知症（症状：)		
7. その他（具体的にご記入ください：)			

5. その他の確認事項

- ・主治医への直近受診日：令和4年4月1日／次回受診予定：令和4年6月1日
- ・簡単な受け答え（ 可 不可） ・屋内で犬、猫を飼っている（有 ・ 無）
- ・更新の場合のみ記入…前回認定調査時との状態変化（ なし ・ あり ）

（状態変化の内容：)

6. その他認定調査に関して、配慮が必要なことや何か伝えておきたいと思われることがありましたら、その内容をご記入ください。

（例：歩行ができない、昼夜が逆である、物忘れがひどい、筆談が必要である等）