

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書
(支→介)

ふじみ野市長 宛て
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					明・大・昭 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					
	変更申請の理由										有効期間 年 月 日 から 年 月 日まで										
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院所の有無										介護保険施設等の名称等 所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日										
	有 ・ 無										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											
										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・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) ※家族提出の場合も記入してください。
	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	
-------	--

介護サービス計画等の作成等介護保険事業の適切な運営の為に必要がある時は、要介護認定・要支援認定等に係る調査内容、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、ふじみ野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。

市記入欄
在新・在継
施新・施継

本人氏名

介護保険 認定調査事前質問票 (新規・更新・区分変更・再申請・事業対象)

前回の認定結果 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) 前回認定 (年 月 日)

ふりがな		被保険者番号	
被保険者名			

家族状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居	申請者	続柄 ()
------	---	-----	--------

◇訪問調査場所、日程調整の連絡先等

訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 → <input type="checkbox"/> 対面可 <input type="checkbox"/> リモートのみ※1 <input type="checkbox"/> その他 ()		
住所			
施設または病院の名称	(階)	退院 (転院) 予定日	
認定調査先電話番号	()		
訪問調査への立会い	<input type="checkbox"/> 希望する	立会い予定者	続柄
	<input type="checkbox"/> 希望しない	()	()
日程調整先電話番号	① ()	② ()	
	<input type="checkbox"/> 立会予定者と同じ <input type="checkbox"/> 立会予定者以外 ()		続柄 ()
ペット (犬・猫) の有無 ※2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	調査員の駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 (場所 :) <input type="checkbox"/> 無
訪問調査の日程等	(訪問調査時間帯 : 平日 9 : 00 ~ 16 : 00 都合が悪い日時、曜日がある場合のみ記載して下さい。)		
(調査場所が変更となる可能性がある場合その住所等) ※3	TEL ()		

※1 調査は原則対面で実施しますが、病院の状況等により対面での実施が難しい場合はこちらをチェックしてください。

※2 アレルギーのある調査員の訪問を避けるため、記載してください。

※3 変更先となる可能性がある住所等はすべて記入してください。書ききれない場合は別紙等に記入し提出してください。

◇現在の身体状況・状態

主な疾病名	がんの場合、本人への告知の有無 (有 ・ 無)	主治医への最終受診日	
		主治医への次回受診予定日	
本人に知られたくない話題 (話したくないことや本人が知らない病状等)	(有の場合は内容を記載してください。) 有 ・ 無		

◇現在、特に日常生活で介護が必要なこと (該当するものにチェックをして下さい。複数選択可)

<input type="checkbox"/> 歩行・移乗	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 着替え・整容
<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 家事 (買い物・調理・洗濯・掃除等)		
<input type="checkbox"/> 認知症状があり (対応困難)	<input type="checkbox"/> その他 ()		

◇利用している、したい介護サービス (該当するものにチェックをして下さい。複数選択可)

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> デイケア (通所リハビリ)	<input type="checkbox"/> ショートステイ
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 施設入所
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 未定		

◇ケアマネジャーを決めている方、または介護サービスを利用されている方はご記入下さい。

指定居宅介護支援事業者	担当ケアマネジャー	電話番号
		()

*この事前質問票は認定調査事業所及び認定調査員に提示します。

介護保険 認定調査事前質問票別紙

※事前質問票に書ききれない場合、ご使用ください。

ふりがな		被保険者番号	
被保険者名			

--	--	--	--

*この事前質問票別紙は認定調査事業所及び認定調査員に提示します。

記入例（区分変更申請）

介護保険被保険者証をお持ちの場合は、申請時に提出してください。

個人番号（マイナンバー）を記入分らない場合は、記入不要

加入している医療保険の名称等を記入医療保険によっては、記号・枝番がない場合があります。

前回の要介護認定の結果・有効期間を記入

区分変更申請をする理由を具体的に記入してください。（状態がどのように改善または悪化しているか記入）

過去6か月以内に入院、施設入所等があった場合は記入

本人以外の方が申請する場合は提出代行者を記入（家族提出の場合も記入してください。）

現在、定期的に受診している医療機関の主治医（フルネーム）を記入

第2号被保険者（40～64才まで）が申請する場合、介護保険の対象となる特定疾病名を記入

上記内容に同意される場合、被保険者の署名をお願いします。

様式第306号（第1号未関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書（支→介）

ふじみ野市長 宛て
次のとおり申請します。

申請年月日

介護保険被保険者番号	0000123456	個人番号	00000000000000000000
医療保険	保険者名	埼玉県後期高齢者医療広域連合	保険者番号
	被保険者証記号		番号
フリガナ	フジミノ ハナコ	生年	
氏名	ふじみ野 花子	性別	男 ・ 女
住所	〒356-8501 ふじみ野市福岡1-1-1	電話番号	03-000-0000
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
	有効期間	○年○月○日から○年○月○日まで	① 2
変更申請の理由	○月○日に転倒し、左大腿部骨折。歩行や立ち上がりが困難な状態。ADLが低下し着替えや清潔行為等に介護の手間がかかるため。		
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	〇〇病院	
	介護保険施設等の名称等所在地	ふじみ野市〇〇町〇〇-〇〇	
	医療機関等の名称等所在地	〇〇病院	
有・無	期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日	

提出代行者	名称	ふじみ野 太郎（長男）	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇	電話番号 03-000-0000

主治医	主治医の氏名	ふじみ野 一郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇	電話番号	04-000-0000

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画等の作成等介護保険事業の適切な運営の為に必要がある時は、要介護認定・要支援認定等に係る調査内容、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、ふじみ野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。

市記入欄
在新・在籍
施新・施籍

ふじみ野 花子

記入例

新規申請でない場合は、
前回は受けた認定結果を○
で囲ってください。

該当する申請区分を
○で囲ってください。

介護保険 認定調査事前質問票 (**新規**・更新・区分変更・再申請・事業対象)

前回の認定結果 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) 前回認定 (年 月 日)

ふりがな	ふじみの はなこ	被保険者番号	0000123456
被保険者名	ふじみ野 花子		

訪問調査にお邪魔する
場所をご指定ください。

家族状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居	申請者	ふじみ野 太郎 続柄 (長男)
------	--	-----	---------------------------------

訪問調査場所、日程調整の連絡先等

訪問調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 → <input type="checkbox"/> 対面可 <input type="checkbox"/> リモートのみ※1	<input type="checkbox"/> 未定の場合は未定と記入してください。
住所	ふじみ野市 福岡 1-1-1	
施設または病院の名称	(階) 退院(転院)予	
認定調査先電話番号	049 (000) 0000	立会人が複数いる場合は、余白又は別紙等に全員の氏名・続柄を記入してください。
訪問調査への立会い	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する 立会い予定者 <input type="checkbox"/> 希望しない (ふじみ野 太郎 (長男))	
日程調整先電話番号	① 03 (000) 0000 ② ()	
ペット(犬・猫)の有無※2	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 調査員の駐車場の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (場所: 自宅駐車場) <input type="checkbox"/> 無	
訪問調査の日程等	(訪問調査の時間帯: 平日9:00~16:00 都合が悪い日時、曜日がある場合のみ記載して下さい。) 水曜午前中通院、○月○日立会人出張のため不可。	
調査場所が変更となる可能性がある場合その住所等※3	TEL ()	

被保険者の方に認知症状がある場合には、どなたかのお立会いをお願いします。

認定調査は申請日から概ね2週間程度のうちに行います。予めご都合の悪い日をご記入ください。調査日時のご指定や土日の調査はお受けできません。

主治医意見書の作成をお願いする、主治医への受診について記載してください。

◇現在の身体状況・状態

主な疾病名	<ul style="list-style-type: none"> ・○○がん ・アルツハイマー型認知症 ・大腿部骨折(○月○日) がんの場合、本人への告知の有無 (有 ・ 無)	主治医への最終受診日	○年○月○日
本人に知られたくない話題(したくないことや本人が知らない病状等)	(有の場合は内容を記載してください。) <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ・ ○○がんと診断を受けていますが、本人には告知していません。 ・「認知」、「介護」の言葉に抵抗があるため話題に出さないでください。	主治医への次回受診予定日	○年○月○日

既往症や投薬を続けている疾病名などご記入下さい。がんの場合は告知の有無についてもご記入ください。交通事故等、第三者による行為が原因で介護が必要な状態になった場合や、状態が悪化した場合は、その旨をご記入ください。

◇現在、特に日常生活で介護が必要なこと (該当するものにチェックをして下さい。複数選択可)

<input checked="" type="checkbox"/> 歩行・移乗	<input type="checkbox"/> 排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 着替え・整容
<input checked="" type="checkbox"/> 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 家事 (買い物・調理・洗濯・掃除等)		
<input type="checkbox"/> 認知症状があり (対応困難)	<input type="checkbox"/> その他 ()		

◇利用している、したい介護サービス (該当するものにチェックをして下さい。複数選択可)

<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> デイケア (通所リハビリ)	<input type="checkbox"/> ショートステイ
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 施設入所
<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 未定

◇ケアマネジャーを決めている方、または介護サービスを利用されている方はご記入下さい。

指定居宅介護支援事業者	担当ケアマネジャー	電話番号
		()

*この事前質問票は認定調査事業所及び認定調査員に提示します。