第54号様式(別表第３関係)

記入例

介護保険要介護・要支援認定変更申請書

(宛先)
戸田市長

次のとおり申請します。

			申請年月日	２０２２年　４月　１日
申請者	申請者氏名	**戸田　一郎**	被保険者との関係	**長男**
	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)		
	申請者住所	〒　335-8888 **○○県　○○市　○○町１－１－１** 電話番号　○○○－○○○○－○○○○		

※　申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号		
	医療保険 保険者名				
	医療保険 被保険者証	記号	枝番		
	フリガナ	**トダ　タロウ**	生年月日	**昭和１５　年　８　月　５　日**	
	氏名	**戸田　太郎**			
	住所	〒　335-8588 **戸田市上戸田１－１８－１** 電話番号　○○○-○○○-○○○○			
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分　1　(2)　3　4　5　要支援状態区分　1　2			
		有効期間　**令和３年　５月　１日から　令和６年　４月３０日**　まで			
	変更申請の理由				
	介護保険施設・医療機関等への入院・入所の有無(短期入所は除く)	介護保険施設の名称　(部屋番号等：　)	期間　年　月　日～　年　月　日		
		介護保険施設の名称　(部屋番号等：　)	期間　年　月　日～　年　月　日		
		介護保険施設の名称　(部屋番号等：　)	期間　年　月　日～　年　月　日		
	有・無	医療機関等の名称　(部屋番号等：　)	期間　年　月　日～　年　月　日		
		医療機関等の名称　(部屋番号等：　)	期間　年　月　日～　年　月　日		

「医療保険」欄、個人番号欄については「記入例別紙」をご覧ください。

現在、受診をしている主治医の氏名及び医療機関名をご記入ください。なお、最終受診日も必ずご記入ください。

主治医	主治医の氏名	**埼玉　太郎**	医療機関名	**○○総合病院**
	所在地	〒　335-8888 **○○県　○○市　○○町１－１－１** (最終受診日)　２０２２年　４月　１日　電話番号　○○○-○○○-○○○○		

第２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	**脳血管疾患**　※第２号被保険者の方は医療保険被保険者証の写しを添付してください。

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、戸田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、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。

被保険者氏名　**戸田　太郎**

※裏面もご記入ください

※記入漏れが多く見受けられます。御注意ください。

要介護・要支援認定申請に係る連絡票

※調査の事前資料として調査員に写しを提供する場合があります。

被保険者氏名	戸田　太郎

訪問調査情報

1．本人の居所について
（※住所地・介護保険施設・医療機関等以外の場合のみ記入）

名称：
住所：〒　　－

2．認定調査の立会いについて

☐　立会無し
☑　立会有

立会人氏名：　戸田　一郎　　（本人との続柄：長男　）

※連絡先については、平日、日中に繋がる電話番号を記入してください。

連絡先①　：　○○○-○○○○-○○○○

連絡先②　：

3．認定調査に伺う日程で都合の**悪い曜日**について

☐　なし

☑　あり →

（例：「火曜日」と記入した場合、火曜日が都合悪い日となる。）
例1）月・木
例2）火・金のPM希望

※認定調査は原則月曜日～金曜日の日中のみとなります。土日祝日及び夜間等の調査希望はできませんのでご了承ください。

4．本人の状態について

①現在の状況について（区分変更申請の方は理由書に記入してください。）

（具体例）病歴：脳梗塞　状態：右半身麻痺、トイレや食事に介助が必要

病歴：　（例）アルツハイマー型認知症、右大腿骨骨折

状態：　食事をしたこと忘れたり、1日に何度も同じ話をしている。
右足の骨折をしたことで、日中外出せずに家にいる。

②入院（入所）年月日：　　年　　月　　日

その他

①次に該当している場合は✔を入れてください。

☐みなし２号　（被保険者以外の被保護者）

☐第三者行為（交通事故等の理由での申請）

②事前に調査員に伝えておきたいこと（あれば記入してください）。

認知症状が重く、何でも自分で「できる」と言ってしまう。実際には家族が手伝っていることも多いが、本人の前では言えないので、調査後家族から別で聞いてほしい。

その他、室内環境、ペットの有無など調査に配慮が必要な点ご記入ください。

第54号様式(別表第２関係)

記入例別紙

介護保険要介護・要支援認定変更申請書

(宛先)
戸田市長

次のとおり申請します。

申請年月日	年　月　日
被保険者	

申請者	申請者氏名	
	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
	申請者住所	〒

※　申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・　は記載不要

被保険者	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	番号		枝番		
	フリガナ							
	氏名			生年月日	年　月　日			
	現住所							
	介護保険所							

現在、

主治医	主治医の氏名		医療機関名
	所在地	〒 (最終受診日)　年　月　日　電話番号	

第２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	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、戸田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、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。

被保険者氏名

「個人番号」の記入について

未記入でも申請受付が可能です。
未記入の場合、マイナンバーカード等の写しの提出は**不要**です。

「保険者名」の記入内容について

・戸田市国民健康保険の場合は「**国保**」と記入してください。
・埼玉県後期高齢者医療保険の場合は「**後期**」と記入してください。
・上記以外の医療保険の場合は「〇〇健康保険組合」など、保険者名を記入してください。

※「保険者番号」、「被保険者証」の記号・番号・枝番の欄は未記入で構いません。

医療保険証の写しについて

・戸田市国民健康保険（国保）、埼玉県後期高齢者医療保険（後期）**以外**の医療保険の場合は
添付が必要になります。

※第２号被保険者（40～64歳の方）については、医療保険の種類に関わらず、
医療保険証の写しが必須となります。

※裏面もご記入ください