第54号様式(別表第3関係)

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
申請者	申請者氏名		被保険者との関係	
	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・介護医療院)		
	申請者住所	〒 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				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							
	住所	〒 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　年　月　日から　年　月　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				

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		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

※裏面もご記入ください

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	

<table>
<tr><td rowspan="4">訪問調査情報</td><td>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：〒　　－</td></tr>
<tr><td>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：　　（本人との続柄：　　）
※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：</td></tr>
<tr><td>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。）
※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。</td></tr>
<tr><td>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：
状態：
②入院（入所）年月日：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>その他</td><td>①次に該当している場合は✓を入れてください。
□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
□本人への調査後、別に話を聞いてほしい
□介護の調査であることを言わないでほしい
□本人に対し、聞かないで　または　言わないでほしいことがある
（内容：　　）
□その他（　　）</td></tr>
</table>

介護保険要介護認定変更理由書

被保険者		被保険者番号	
フリガナ			
氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日

◆事業所情報（家族が申請する場合は省略可能）

事業所名		事業所番号
計画作成者		

◆状態が変わってからの医療機関の受診の有無

医療機関受診状況	□無 ・ □有（　　年　　月　　日受診） ・ □入院（　　年　　月　　日から）
医療機関名等	病院名【　　】 担当医【　　】

◆区分変更申請にかかる理由

変更申請の理由 ※心身の状態が変化した状況を記入してください。	1．身体的な状況が悪くなったため 2．認知症の症状が進行したため 3．その他（　　）

◆現在利用中のサービス

1．（介護予防）訪問介護（　　回／週）　　2．（介護予防）訪問入浴（　　回／週）
3．（介護予防）訪問リハビリテーション（　　回／週）
4．（介護予防）訪問看護（　　回／週）　　5．（介護予防）通所介護（　　回／週）
6．（介護予防）通所リハビリテーション（　　回／週）
7．小規模多機能型居宅介護
8．施設入所（ 特養 ・ 老健 ・ グループホーム ・特定施設 ）
9．福祉用具貸与（品目：　　）
10．福祉用具購入（品目：　　）

◆サービス見直しによる対応の可否

□ サービスの見直しにより現在の要介護度での対応が可能　□ 対応不可（下記に記入が必要）

◆今後利用を検討しているサービス（軽度化の場合は記入の必要なし）

1．（介護予防）訪問介護（　　回／週）　　2．（介護予防）訪問入浴（　　回／週）
3．（介護予防）訪問リハビリテーション（　　回／週）
4．（介護予防）訪問看護（　　回／週）　　5．（介護予防）通所介護（　　回／週）
6．（介護予防）通所リハビリテーション（　　回／週）
7．小規模多機能型居宅介護
8．施設入所（ 特養 ・ 老健 ・ グループホーム ・特定施設 ）
9．福祉用具貸与（品目：　　）
10．福祉用具購入（品目：　　）

サービスの利用状況及び今後の利用予定は「サービス利用票（兼居宅（介護予防）サービス計画（第6表）を添付しても結構です。