

課長	補佐	係長	受付	調査員	意見書	
					依頼日	入手日
					/	/
					前回認定	調査日時

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

支援 → 介護 ・ 状態区分変更

(宛先) 美唄市長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 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 (歳)		
	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 ()		要支援状態区分 ()			
			有効期間		年 月 日 から 年 月 日			
	変更申請の理由		良くなった ・ 悪くなった					
	過去6月間の入院、入所		名称・所在地		年 月 日 ~ 年 月 日			
□介護保険施設		名称・所在地		年 月 日 ~ 年 月 日				
□医療機関								

申請者氏名	本人との続柄	
申請者住所	〒	
	電話番号	
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)	

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	電話番号	

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、美唄市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、美唄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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名

※送付先変更 有 ・ 無	介護保険料	特徴 ・ 普徴
	納付状況 ()	滞納 有 ・ 無
	被保険者証回収	(年 期迄完納)
	資格者証交付	有 ・ 無
窓口 ・ 電話 ・ 郵送		有 ・ 無

認定調査連絡票

認定調査を早く、正確に行うためのものです。
わからないところは、空欄で構いません。

氏名

<p>訪問日程の確認</p>	<p>都合の悪い日・時間帯 ※ 定期的に予定がある場合「月曜の午後」など具体的にお書きください。 () 現在利用しているサービス <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問看護 ()</p>
<p>連絡先</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人 → <input type="checkbox"/> 人の声が聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 電話に出るまで時間がかかる <input type="checkbox"/> 本人以外 → 氏名() 関係() 電話()</p>
<p>同席希望</p>	<p><input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ <input type="checkbox"/> 連絡先以外 氏名() 関係() 電話() <input type="checkbox"/> ない</p>
<p>調査員の 駐車スペース</p>	<p><input type="checkbox"/> ある (有料 ・ 無料) <input type="checkbox"/> ない</p>
<p>ペットの有無</p>	<p><input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 鳥 <input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>世帯構成</p>	<p><input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居(人暮らし)</p>
<p>主治医</p>	<p>今回の申請について主治医に伝えていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 診療科() ※ 申請受付後に美咲市から主治医へ意見書の作成を依頼します。受診間隔が空いている等の理由により意見書の作成を承諾いただけない場合がありますので、受診の際は、主治医へ介護認定申請する旨をお伝えいただくようご協力をお願いいたします。 前回受診日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 次回受診日 年 月 日 病棟()</p>
<p>注意事項</p>	<p><input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 調査後の家族(同席者等)への聞き取り希望 <input type="checkbox"/> 本人に話してほしくないことがある <input type="checkbox"/> 本人未告知の病気がある <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ない</p>
<p>申請のきっかけ</p>	<p>[例) 歩行、食事、入浴、排せつ、物忘れ、治療中の病気や怪我などの状況、 心配していることや希望する介護サービスがあるなど]</p>
<p>備考</p>	<p></p>

記入例

課長	補佐	係長	受付	調査員	意見書	
					依頼日	入手日
					/	/
					前回認定	調査日時

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

支援 → 介護 ・ 状態区分変更

(宛先) 美州市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和8年 3月 10日

介護保険被保険者番号	0000012345	個人番号	123456789012
医療保険	保険者名	美州市国保	
	被保険者証	記号	美 1234567 枝番 12
氏名	フリガナ	ビハイ タロウ	
	氏名	美 美 太郎	
住所	フリガナ	美 美 太郎	
	住所	〒 072-8660 美州市西3条南1丁目1番1号 電話番号 0126-63-0461	
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	()	
	要支援状態区分	(1)	
変更申請の理由	有効期間	令和6年 11月 1日 から 令和8年 11月 30日	
	理由	良くなった ・ 悪くなった 脳出血により寝たきり状態となり、介護の手間が増えたため	
過去6月間の入院、入所	名称・所在地	▲▲▲ × 病院 令和8年1月 20日 ~ 令和8年 3月 21日	
	名称・所在地	年 月 日 ~ 年 月 日	

申請者氏名	介護 花子	本人との続柄	ケアマネージャー
申請者住所	〒 072-9999 美州市東●条南●丁目▲番■号 電話番号 0126-6▲-××××		
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)		

主治医	主治医の氏名	空知 花子	医療機関名	▲▲▲ × 病院
	所在地	〒 072-0000 美州市▲●条▲●丁目●●番●● 電話番号: 0126-60-0000		

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、美州市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、美州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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名 美 美 太郎

※送付先変更 (有) ・ 無	介護保険料	特徴・普徴
認定結果は申請者へ送付	納付状況	滞納 有 ・ 無
	被保険者証回収	(年 期迄完納)
	資格者証交付	有 ・ 無
窓☑ ・ 電話 ・ 郵送		有 ・ 無