

【変更申請】

鳩山町長 宛て

次のとおり申請します。

① 申請年月日 年 月 日

<div>②</div> <div>④</div> <div>⑤</div> <div>⑧</div> <div>⑨</div> <div>⑩</div> <div>⑪</div>	介護保険 被保険者番号												③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												⑥生年月日		年				月		日					
	氏名												⑦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													
			有効期限										年				月		日から		年		月		日	
	変更申請の理由																									
	過去6月間の 介護保険施設医 療機関等入院、 入所の有無		⑫介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日													
介護保険施設の名称等・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																
有 ・ 無		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、介護医療院)
	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、鳩山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。

⑯ 本人氏名

①申請書の記入日または窓口に提出した日をご記入ください。

②介護保険被保険者証等に記載されている被保険者番号(10桁)をご記入ください。
※分からない場合は、未記入としてください。窓口で確認可能です。

③個人番号は、記入不要になります。

④加入している医療保険の情報をご記入ください(後期高齢者医療や国民健康保険等)。
※分からない場合は未記入としてください。保険証をお持ちいただければ、窓口で確認可能です。

⑤申請者本人の氏名をご記入ください。

⑥申請者本人の生年月日をご記入ください。
※和暦・西暦のどちらで記入していただいても構いません。

⑦申請者本人の性別を○で囲んでください。

⑧申請者本人の住所をご記入ください。
※住所が鳩山町内の場合は鳩山町から、町外の場合は都道府県名からご記入ください。

⑨変更申請日現在の要介護度及び有効期間をご記入ください。

⑩変更申請に至った理由をご記入ください。

⑪過去6か月(半年)以内に入院・入所歴がある方は、有を○で囲んでください。
該当しない方は、無を○で囲んでください。

⑫申請日から遡って6か月(半年)以内に入院または入所していた方または入院・入所中の方は、当該機関の病院名(施設名)、期間をご記入ください。
※所在地のご記入は不要です。

⑬ケアマネジャーや施設職員の方が代理で申請書の提出を行う場合は、当該機関の名称、所在地、電話番号をご記入ください。

⑭入院中や通院している病院の主治医の氏名、所属病院、所在地、電話番号をご記入ください。

⑮40歳から64歳までの方については、介護保険制度で定める16の特定疾病のいずれかに該当している必要があるため、特定疾病名をご記入ください。
※特定疾病の確認が取れない場合は、申請ができませんのでご注意ください。

⑩申請者本人の氏名をご記入ください。

認定申請に関する確認票

申請者様の審査にかかわる大切な資料となります。該当する箇所の□欄にチェックを入れ、記入をお願いします。

【訪問調査にかかわる連絡先等について】

① 連絡先等	①氏名	※本人との関係（ ）	電話番号	()	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 時間帯	時頃
	②氏名	※本人との関係（ ）	電話番号	()	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 時間帯	時頃
	被保険者家族構成					
② 調査場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設		病院・施設名		病棟・号室	
	※ <u>調査場所が病院・施設の場合は記入してください。</u> <担当者> ※担当ケアマネジャー・相談員等 <施設・病棟等の電話番号> ()					
③ 立合希望	<input type="checkbox"/> する 立合者（ 本人との関係： ） <input type="checkbox"/> しない					

【申請理由について】

- ④ ☐ 医療機関からのすすめ ☐ ご病気等があり、日常生活において困っている。

- 5

※上記にかかわる具体的な症状（認知症、排泄についての不安など） ・ 申請に至るまでの入院歴 ・ 前回調査時との状態の変化の有無等

- ## ⑥【現在の状況について】

- ☐ 病院に入院中
 ☐ 退院の予定がある（退院予定日 年 月 日）
- ☐ 自宅で生活している。
 ☐ 介護施設に入所中。（施設名： ）

- ⑦【介護サービスの利用意向について】

- ☐ デイサービス ☐ ホームヘルプ ☐ 訪問看護 ☐ ショートステイ
☐ 福祉用具貸与等 ☐ 施設入所 ☐ 住宅改修 ☐ その他（ ）

- ③【上記サービスの利用時期について】

- ☐すぐに使う予定がある ☐近い将来利用する ☐現在利用予定はない

【その他（事前の伝達事項、現在の介護サービスの利用状況・回数等）】

- ①

※町記入欄

住基情報入力 (TKC)	審査会個人情報入力 (iRabit)	申請受付入力 (iRabit)	医師の意見書 送付	訪問調査依頼書 送付
資格者証 送付	ケアプラン受付	結果通知 送付	保険者証 送付	

申請書の記入方法

- ①介護保険の申請後、ご自宅又は入院・入所先に役場の調査員が訪問調査に伺います。日程調整先の方の氏名・本人との関係、電話番号(自宅/携帯/職場のいずれかに○)、連絡可能時間帯をご記入ください。
申請者本人の家族構成をご記入ください。
例)本人、妻、息子

- ②調査場所について、在宅・病院・施設のいずれかにチェックをつけ、在宅以外の場合は病院・施設名をご記入ください。
- 入院中の方は、病棟・部屋番号を可能な限りご記入ください。
- 病院・施設の担当者氏名と連絡先をご記入ください。

- ③訪問調査時に、ご家族様の立合いを希望される場合は、「する」にチェックをつけ、立合者氏名及び本人との関係をご記入ください。
- ※在宅の場合は、原則、ご家族様の立合いが必要になります。
- ※入院・入所中の方については、病院・施設の事情等により立合いの希望をされても、立合いができない可能性があります。

- ④介護保険の申請理由について、「医療機関からのすすめ」または「ご病気等があり、日常生活において困っている」のいずれかにチェックをつけてください。

- ⑤変更申請に至るまでの経緯等について、病歴・自宅内の移動状況、トイレや着替えなどの普段の生活状況等をご記入ください。入院歴がある方については、入院理由・入院先・入院期間・手術日と手術内容等を可能な限りご記入ください。また、全体を通して前回認定時との状況変化が分かるようにご記入ください。

- ⑥申請者本人の現在の状況について、該当箇所にチェックをつけてください。

- ⑦介護サービスの利用意向について、利用中のサービス及び利用を検討しているサービスにそれぞれチェックをつけてください。

- ⑧ガン末期等、緊急性が高い方以外は、「近い将来利用する」にチェックをつけてください。

- ⑨その他、伝達事項等があればご記入ください。
現在のサービス利用状況をご記入ください(検討中のサービスは利用検討中と記入)。