

## 介護保険要介護認定変更申請書

木津川市長宛て  
次のとおり申請します。

被 保 險 者	介護保険 被保険者番号								申請年月日	年   月   日
	個人番号									
	医療保険	保険者名					保険者番号			
		被保険者 記号・番号	記号				番号			枝番
	フリカナ						生年月日	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			
		有効期間 年 月 日 から					年 月 日まで			
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院施設・医療機関等入院所の有無	介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日			
院入所の有無	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、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。

本人氏名

## 区分変更申請用 認定調査確認票（木津川市高齢介護課）

※記入、該当項目に□又は○印をお願いいたします。 記入日：令和 年 月 日

記入者氏名	続柄：.....																									
確認事項	今回の申請は、交通事故など他者から受けた事故が原因ですか。 いいえ はい ※ 示談（有 無）																									
住民票と異なる訪問先	<input type="checkbox"/> 病院： 名称 ..... 棟・階 ..... 号室 <input type="checkbox"/> 施設 電話 ..... (入浴日： ..... 曜日 透析・検査・リハビリ日： ..... 曜日) <input type="checkbox"/> その他 ..... 様方 電話 .....																									
調査員駐車場	<input type="checkbox"/> なし ( ..... ) <input type="checkbox"/> あり 軽自動車・普通車も可																									
家族状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居																									
家族の連絡先（調査立会人）	日頃の介護状況の確認のため、ご家族の立会いをお願いします。また、場合により家族様だけからお話を伺うことがありますので、ご配慮をお願いいたします。 ※ 必ず 8時30分～17時頃の間で連絡の取れる電話番号をご記入ください。 氏名 ..... 続柄： 連絡先：電話 ..... 自宅・勤務先 携帯 調査の立会いをしない（できない）理由： <input type="checkbox"/> 家族がいない <input type="checkbox"/> 施設入所のため本人又は施設職員のききとりでよい																									
訪問調整日	本人・立会者の都合の悪い曜日に×を付けてください。 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; width: fit-content;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							月	火	水	木	金	備考	午前							午後					
	月	火	水	木	金	備考																				
午前																										
午後																										
生活及び身体状況	例：歩行困難・物忘れが激しい、病名、退院の経緯・目途、希望サービス等  <b>※必ずご記入ください。</b>																									
	認知症（なし あり）聴覚障害（なし あり）視覚障害（なし あり）																									
調査時注意点	事前に調査員へ伝えておきたいことがありますか。 <input type="checkbox"/> 病名・病名を告知していない <input type="checkbox"/> 本人の前で話しにくいことがある <input type="checkbox"/> その他																									

区分変更申請は、区分変更に係る理由書を必ず提出して下さい。

## 区分変更申請に係る理由書（木津川市高齢介護課）

※記入、該当項目に□又は○印をお願いいたします。

被保険者番号			申請年月日	令和 年 月 日		
被保険者氏名			生年月日			
理由書作成者 (申請者)			本人との 関係			
居宅介護（介護予防）支援事業者名称 (施設入所者の場合は施設名称)						
要介護認定区分	要支援・要介護( )	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日			
区分変更理由						
<p>※必ずご記入 ください。</p>						
主治医への依頼	<p>今回の区分変更申請については、主治医へ依頼はお済ですか。 済 未</p> <p>医療機関によっては、木津川市からの依頼書到着後の診察で記載される場合があるため、申請後の受診をお勧めします。受診時に、区分変更申請のための診察の旨を、必ず主治医にお伝えください。</p>					
担当ケアマネジャーの意見	<p>担当者 ..... ※ 前回の調査時と大きく変化した調査項目を記入ください</p>					
利用サービス			希望サービス、回数など			
<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（デイケア） <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（デイケア） <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他			

その他、必要なことがありましたら、記入ください。

## 主治医への情報提供及び延期通知に関する確認書

要介護認定を申請する介護保険被保険者の皆様へ

### <確認事項1. 主治医へ>

要介護認定申請の結果、要支援・要介護と認定された方は、地域包括支援センターの保健師等や居宅介護支援事業者の介護支援専門員（ケアマネジャー）と相談のうえ、「サービス計画」を作成し、サービスを受けることができます。

介護支援専門員等は、あなたの心身の状態、家庭の状況等を踏まえ、サービス事業者や主治医と連絡・調整しながら、あなたにとって最も適切で望ましい「サービス計画」を作成します。

介護支援専門員等が主治医との連絡・調整を円滑に進めるために、また、共通の認識をもって、あなたの日常生活を支援していくために、あなたの「サービス計画」を地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者から主治医に情報提供することについて、あなたの意向を確認させていただきます。

主治医は、あなたの日常生活を支援していくために「サービス計画」を使用し、その他の目的で使用するものではありません。

趣旨をご理解いただき、ご回答いただきますよう、よろしくお願ひいたします。

### <確認事項2. 更新申請の方へ>

介護保険法では、要介護認定の決定は申請日から30日を超える場合は、被保険者に対して決定までの見込期間とその理由を通知（延期通知）しなければならないと規定されています。このうち更新申請については、平成24年より、認定有効期間内に要介護認定の決定を行うことができる場合であれば、申請日から30日を超えて決定を行う場合であっても延期通知を省略して差し支えないとの方針が示されています。

この方針により、現在の認定有効期間内に新しい認定結果通知を行うことができる場合には、「介護保険要介護認定・要支援認定等延期通知書」を省略することとしますので、ご理解をいただきますようお願いいたします。

### 確 認 す る 事 項

(該当項目の□に✓を記入してください。)

#### 1. 主治医へ

地域包括支援センターが介護予防サービス計画

居宅介護支援事業者が居宅サービス計画

□同意する

□同意しない

} を情報提供することに

#### 2. 更新申請の方へ

認定有効期間内に認定が行われる場合は、木津川市が延期通知を送付しないことに

□同意する

□同意しない

年           月           日

被保険者      本人氏名

※上記同意欄にご記入の上、要介護認定等の申請時に申請書とともに、要介護認定担当課にご提出ください。なお、この確認書は要介護認定等の申請ごとに提出していただく必要があります。