

区分変更 介護保険要介護（要支援）認定申請書

八戸市長
次のとおり申請します。

申請区分に「レ」を記入してください。

新規 要支援者の要介護新規申請 更新 区分変更 転入

被保険者番号	0000##	申請年月日	令和00年00月00日
フリガナ	クワン アイコ	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 00年00月00日(00歳)
氏名	区分 愛子	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 個人番号 ××××××××××
住所	〒031-1800 八戸市大字〇〇字〇〇 〇〇番地〇〇	電話番号	0178-00-0123
要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1)	有効期間	令和00年00月00日～令和00年00月00日
現在の要介護認定	市町村)名 [] 治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [申請日 年 月 日] 受け取っている場合は「いいえ」を選択)		
医療保険	国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	保険者番号	12345678
医療保険被保険者証記	〇〇〇〇〇〇	枝番	
特定疾病名	※40～64歳の方のみ記入		
名称(氏名)	<input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input checked="" type="checkbox"/> 申請代行日 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター(高齢者支援センター)	本人との関係	その他
*本人申請は記入不要	〇〇〇〇〇〇	名称(氏名)	一郎
住所	〒031-0082 八戸市〇〇	医療機関名	〇〇総合病院
		医師名	〇〇 太郎
		主治医への確認日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
医療機関名	〇〇総合病院	医師名	〇〇 太郎
所在地	〒 -	代筆される場合は本人氏名、代筆者氏名の両方ご記入ください。	
本人氏名	区分 愛子	代筆者氏名	居宅 一郎
立会者	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 提出者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 他 (氏名 担当看護師 被保険者との関係 病院職員)	*上記以外の確認者(氏名 被保険者との関係 電話番号)	<input type="checkbox"/> 必ず確認希望
日程調整の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 立会者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (氏名 相談員 〇〇氏 被保険者との関係 担当相談員)	(日中連絡可能な電話番号: 0178-00-1234 希望連絡時間帯 8:30~17:00)	
調査場所	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 住所地以外 (現在地 〇〇総合病院 2階 A病棟 電話番号 0178-00-1234)		
駐車場の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ない場合、近所で駐車できる場所)		
①病歴・介護が必要となった背景	H30年より脳梗塞後遺症 自宅でサービス利用していたが嚥下状態悪化し入院。今後は施設入居方向。	②入院・入所の状況(過去6か月の状況) ※退院予定もあれば記入	
		名称	〇〇総合病院
		期間	0年0/0~
③現在の状況	・家族状況 <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦) <input type="checkbox"/> 同居(その他) ・認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(場所の理解なし 簡単な会話のみ) ・その他 (経管栄養 膀胱留置カテーテル)	④利用中のサービス *通院 透析等も含む	※市処理欄
		<input type="checkbox"/> 総合事業利用	<input type="checkbox"/> 郵送受付
			受付 確認 入力
前回との違いなどを必ずご記入ください。	特別な医療や調査時に注意が必要な点などがあればご記入ください。		
区分変更、要支援者の要介護新規申請が必要な理由(前回申請時との違いを記入)	全身状態悪化により排泄や食事など生活のすべてに介助が必要。	資格証発行(未済) 送付先	