別記第８号様式（第９条関係）

要介護・要支援認定変更等申請書

荒川区長殿　　次のとおり申請します。

申請年月日		年　月　日	
申請者等	氏名	本人との関係	本人・配偶者・子・子の配偶者 兄弟姉妹・居宅介護支援事業者等 その他（　　）
	住所　〒 電話		

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏　名		個人番号	
			生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性別	男　・　女
	住　所	荒川区 電話		
	現在の要介護度	要支援（１　２）　要介護（１　２　３　４　５）		
		認定期間　年　月　日 ～　年　月　日		
	変更申請の理由			
	現在入所・入院中の施設	名称		
		住所　〒 電話		
主治医	氏 名		医療機関名 診療科名	
	医療機関住所	〒 電話		
医療保険者名	□荒川区国保 □国保以外（　　）		医療保険 記号番号枝番	－　－
特定疾病名（６４歳以下のみ）				

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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員、又は区若しくは地域包括支援センターが主催する地域ケア会議の構成員に提示する（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）　　（代筆者氏名）　　関係（　　）

在宅時の状況	一人暮らし　・家族同居　・昼間のみ一人暮らし　・その他（　　）			
訪問調査時の立会	立会人の有無	有　無		
	立会人	氏名		本人との関係
		電話　携帯電話		
調査場所	自宅・自宅以外（施設・病院名） 電話			
デイサービス等利用日	月　火　水　木　金　土	通院等で不在の日		
備　考				

＊以下は記入不要です。

受付	被保険者証回収	個人番号カード等提示	申請入力	変更入力	
	済　・　未	有　・　無		主治医	調査依頼
本人確認 本人	□介護保険被保険者証 □マイナンバーカード □医療資格確認書 □その他（　　）	個人番号・国保番号検索同意			
		有　・　無	取下入力	変更・取下の連絡	
本人確認 代理人	□運転免許証 □マイナンバーカード □その他（　　）			主治医	調査事業者

【R６．３．１ 改訂】

荒川区要介護認定調査連絡票

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　（生年月日：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

下記の事項にお答え下さい。（〇で囲んで下さい）

１．申請しようと思ったきっかけはなんですか？

①毎日の生活に支障が出ている　②医師のすすめ　③家族のすすめ　④サービスが不足している

⑤その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．入院・入所している（近日中に予定がある）方は、病院名・病室等をご記入下さい。

病院（施設）名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　受診科：＿＿＿＿＿＿＿＿

病棟：＿＿＿＿＿＿＿＿病棟＿＿＿＿＿階＿＿＿＿＿＿号室

入院（所）日：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 頃

病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お手数ですが、ご確認のうえ、
必ずご記入をお願いいたします。

３．退院や転院の予定はありますか？

①ない

②ある　令和＿＿＿＿＿＿＿＿頃 【退院（退所） ・ 転院 ・ 施設入所】予定である。

４．現在の心身の状況はいかがですか？

①安定している　　②やや不安定だが調査は可能

③手術（前・後）である　　手術日：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④通院状況　最後に通院した日：＿＿＿＿＿＿　　次に通院する日（予定）：＿＿＿＿＿＿

⑤その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．利用したい介護サービスはありますか？

①家で使うサービス　　②デイサービス等　　③施設等への入所　　④住宅改修

⑤福祉用具購入・レンタル　⑥ショートステイ　⑦その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６．介護サービスをご利用中の場合は、担当ケアマネジャー等についてご記入下さい。

①事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②担当ケアマネジャー名：＿＿＿＿＿＿＿＿③電話番号（事業所）：＿＿＿＿＿＿＿＿

７．調査員に特に伝えておきたいことはありますか？

（　　）話すことに支障があるので筆談などで聴取してもらいたい

（　　）病名を本人に告げていないので配慮して欲しい

（　　）がん末期である

（　　）認知症があるため別の場所で聞いてほしい

※その他・連絡事項等があれば下欄に記入をお願いします。