

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

まんのう町長 様

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				
	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					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														
有 ・ 無					医療機関等の名称等・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										

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）									
	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	
-----------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、及び主治医意見書を、まんのう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。

本人氏名

（代筆者）

（続柄）

（連絡先）

介護保険要介護認定申請受付票

新規 更新 変更

お名前は？	被保険者氏名 ()				
年齢は？	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 40歳～64歳				
現在は？	<input type="checkbox"/> 在宅（独居、高齢者夫婦世帯、その他：) <input type="checkbox"/> 入院中（病院名) <input type="checkbox"/> 入所中（施設名) <input type="checkbox"/> その他 ()				
調査希望日	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 希望あり (※都合が悪い日、曜日、時間など)				
同席者連絡先	調査時にご同席していただける方 お名前 () 続柄 () 連絡先 (TEL - -) <u>※昼間にご連絡可能なところ</u> 携 帯 (- -)				
右記のサービスを利用していますか？	<input type="checkbox"/> 生きがいデイサービス <input type="checkbox"/> いきいきふれあいサロン ※上記のサービスは、要介護者及び要支援者と認定された場合は、取消となりますのでご注意ください。				
これからの予定は？	<input type="checkbox"/> 在宅のまま <input type="checkbox"/> 入院→入所 <input type="checkbox"/> 在宅→入院 <input type="checkbox"/> 入院→在宅 <input type="checkbox"/> 在宅→入所 <input type="checkbox"/> その他 ()				
これから利用したいサービスは？ (在宅の時のみ)	<input type="checkbox"/> <u>デイサービス</u> <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> <u>ヘルパー派遣</u> <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 住宅改修				
現在のお身体の状態は？ 特 記 事 項	・日常生活動作や認知症等に関して気になっていることは？ ・調査時に気を付けることなど				
来 庁 者		続 柄		受付者名 (支所名)	()