

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 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											
	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												
		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？	☐ 65歳以上 ☐ 40歳～64歳				
現在？	☐ 在宅（独居、高齢者夫婦世帯、その他： ） ☐ 入院中（病院名 ） ☐ 入所中（施設名 ） ☐ その他（ ）				
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（ - - ） 電話にでられる時間（ : ~ : ） ※調査の訪問開始時間は祝日を除く月～金の9:00～15:00の間です。 （立ち会いができない場合は本人のみの話で調査します。デイ等を利用していれば デイの確認はします。）				
右記のサービス を利用していますか？	☐ 生きがいデイサービス ☐ 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。				
現在、利用して いるサービス は？	☐ デイサービス（ ）曜日 ☐ デイケア（ ）曜日 ☐ ヘルパー派遣（ ）曜日 ☐ 福祉用具購入 時間（ : ~ : ） ☐ ショートステイ 月（ ）日 ☐ 福祉用具レンタル（ ）点 ☐ その他（ ） ☐ 住宅改修				
これからの予定 は？	☐ 在宅のままで ☐ 入院→入所 ☐ 在宅→入院 ☐ 入院→在宅 ☐ 在宅→入所 ☐ その他（ ）				
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 ・申請理由（医者に勧められた、認知症、病気等）				
来 庁 者		続 柄		受付者名 (支所名)	()