

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										
	フリガナ												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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、まんのう町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（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)

(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？		年齢は？	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 40歳～64歳
世帯構成は？ (入院/入所前含む)	独居 ・ 高齢者夫婦世帯 ・ その他 ()		
現在とは？	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名) <input type="checkbox"/> 入所中 (施設名) <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> なし <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。		
現在、利用しているサービスは？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> デイサービス () 曜日 <input type="checkbox"/> デイケア () 曜日 <input type="checkbox"/> ヘルパー派遣 () 曜日 時間 (: ~ :) <input type="checkbox"/> ショートステイ 月 () 日 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル () 点 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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 ()		
申請理由は？	医者に勧められた ・ 認知症 ・ 病気やけが ・ 身体機能の低下 介護量の増加 ・ サービスの継続 ・ その他 ()		
入院/入所のきっかけは？	病気 ・ 身体機能の低下 ・ 介護量の増加/介護力の低下 ・ 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		
来 庁 者	続 柄	受付者名 (支所名)	()