

介護保険 要介護認定・要支援認定 **区分変更** 申請書

区分変更申請

遊佐町長 殿

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 1 7 8 9 9 9 9	申請年月日	平成 25 年 10 月 1 日
	フリガナ	ユザ ハコ	生年月日	明・ <input checked="" type="checkbox"/> 大・昭 11 年 10 月 1 日
	氏名	遊佐 花子	性別	男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
	住所	〒999-8301 遊佐町遊佐字舞鶴 211 電話番号 72-5884		
保 険	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 有効期間 平成 25 年 8 月 1 日 から 平成 25 年 2 月 28 日		
	変更申請の理由	・階段で転倒し、右大腿・右鎖骨骨折により日常生活における動作が著しく低下したため。		
者	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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	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 遊佐医院 遊佐町遊佐字舞鶴 33-4	期間 H25 年 9 月 1 日～H25 年 9 月 25 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) 上記の事業者又は施設が申請書提出の	印
	住 所	〒 代行を行う場合は、「提出代行者」が記入する。	

主治医の氏名	遊佐 孝太郎	医療機関名	遊佐医院
主治医	〒999-8301		
所在地	遊佐町遊佐字舞鶴 33-4		電話番号 72-3317

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

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
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は必要があるときは、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、遊佐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 遊佐 花子

申請時間き取り調書

被保険者番号：0001789999

氏名：遊佐花子

(ふりがな)	ゆざ たろう	被保険者との続柄	ア.本人 イ.家族(続柄：夫) ウ.居宅介護支援事業所等 エ.その他(続柄：)
1.申請者氏名	遊佐 太郎		
2.訪問調査時、その他緊急時の連絡先	(ふりがな) ゆざ たろう	被保険者との続柄	夫
	氏名：遊佐 太郎		【連絡時間帯】
	連絡先(日中の連絡先 ■自宅 Tel：72-5884 □勤務先等 Tel (名称：)		□携帯電話 (名称：)
3.被保険者の状況	世帯状況(単身世帯・ 高齢者世帯 ・同居者あり(他人))		
	ア.在宅 イ.入院中(医療機関名：(病棟： 階 病棟)(退院予定日) ウ.施設入所中(施設名：) エ.その他() 所在地の住所()		記入例
	※ア、エの場合	主治医の最終診察日：平成 25 年 10 月 1 日 次回の診察予定日：平成 25 年 12 月 1 日	
4.介護保険申請の理由	介護の必要性の原因となっている疾病名または状態：心臓病、高血圧症、両膝痛 申請理由：(いつごろから、どのような状態になったかの経緯を簡潔に記入ください) ・ここ 2~3 年程前から膝に痛みが出て、歩行が緩慢になってきた。また、最近では認知症状も現れてきているため、外出機会を設けるためにもデイサービスの利用を希望する。		
5.被保険者の状態	会話：ア.普通にできる イ.多少時間がかかる ウ.できない		
	歩行：ア.できる イ.杖などの補助が必要 ウ.車いすを使用 エ.できない		
	排泄：ア.トイレで一人でできる イ.ポータブルトイレを使用 ウ.おむつ等を使用		
	食事： ア準備されれば自分でできる イ介助が必要 ウ.流動食・経管		
6.訪問調査時に特に配慮してほしい事由	(認知症・難聴の有無等記入ください) ・認知症状が徐々に現れている。 ・耳が遠いため、会話時間き取りが難しい。		
7.希望のサービスまたは現在利用中のサービス(複数選択可)	ア.ヘルパー利用 イ.訪問入浴 ウ.デイサービス利用 エ.福祉用具の貸与・購入 オ.住宅改修 カ.介護保険施設の入所 キ.訪問看護 ク.ショートステイ利用 ケ.その他()		
8.認定前のサービス利用の希望	ア.なし イ.あり()		
9.希望または担当の居宅介護支援事業所(暫定も含む)	事業所名 担当ケアマネジャー()		
10.認定結果通知書・被保険者証郵送先(現住所へ本人宛の場合は記入不要)	(住所) 〒 (宛名)		
・保険者記入欄 受付け氏名：			