

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

遊佐町長 殿

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号															申請年月日	平成	年	月	日	
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	氏名													性別	男	・	女				
	住所	〒																			
		電話番号																			
保 険 者	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 2																			
		有効期間 平成 年 月 日 から 平成 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・指定介護療養型医療施設）																		
	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

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

申請時間き取り調書

被保険者番号：000

氏名：

(ふりがな)		被保険者との続柄	ア.本人 イ.家族(続柄：) ウ.居宅介護支援事業所等 エ.その他(続柄：)
1.申請者氏名			
2.訪問調査時、その他緊急時の連絡先	(ふりがな)	被保険者との続柄	【連絡時間帯】
	氏名：		
	連絡先(日中の連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 Tel <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先等 Tel (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： 月 日頃) ウ.施設入所中(施設名：) エ.その他() 所在地の住所()		
	※ア、エの場合	主治医の最終診察日：平成 年 月 日 次回の診察予定日：平成 年 月 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：		
	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)		
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)		
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 受付者氏名：			