

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

遊佐町長様

次のお通り申請します。

申請年月日

令和

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						明・大・昭		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									
			有効期限 平成・令和 年 月 日 から 令和 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 理 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、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：

(フリガナ)		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 <u>(※記入必須)</u>			
(フリガナ)			【日中可能な連絡時間帯】
2. 訪問調査時、 その他・緊急時の 連絡先 <u>(※記入必須)</u>	氏名：	被保険者との続柄	
	連絡先(日中の連絡先 <input type="checkbox"/> 勤務先等 Tel (名称：) <input type="checkbox"/> 自宅 Tel <input type="checkbox"/> 携帯電話		
3. 介護の必要性の原因とな っている疾病名または状態 <u>(※記入必須)</u>			
4. 現在の状況 その他特記事項等 (訪問調査時、特に 配慮してほしい事由) <u>(※記入必須)</u>	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. 被保険者の状況 <u>(※記入必須)</u>	世帯状況(単身世帯・高齢者世帯・同居者あり(他人)) ア.在宅 (イ.施設入所中(施設名：)) ウ.入院中(医療機関名：) (病棟： 階 病棟)(退院予定日： 月 日頃・未定) エ.その他() →所在地の住所() <u>※上記アまたはエを選択時に</u> 主治医の最終診察日：令和 年 月 日 <u>おいて記入必須→</u> 回目の診察予定日：令和 年 月 日		
6. 被保険者の状態 <u>(※記入必須)</u>	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 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・経管栄養 排 泄：ア.トイレで一人でできる イ.ポータブルトイレ使用 ウ.おむつ等使用 エ.カテーテル 会 話：ア.普通にできる イ.多少時間がかかる ウ.できない 難 聴：ア.あり イ.なし 認知症：ア.あり イ.なし ○「あり」を選択：主な症状・行動… ※介護保険証の提出…未・済		
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) <u>(※記入必須)</u>	ア.ヘルパー (曜日) イ.訪問入浴 (曜日) ウ.訪問看護 (曜日) エ.居宅療養管理指導 (月 回) オ.デイサービス (曜日) カ.ショートステイ (月 日) キ.福祉用具の貸与 (品目) 購入 (品目) ク.住宅改修 (あり・なし) ケ.介護保険施設の入所 コ.その他()		
8. 認定前の サービス利用の希望	ア.なし イ.状況に応じて ウ.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 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)		

○遊佐町役場記入欄 受付者氏名：