

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

矢掛町長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 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		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											
			有効期間 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																					
	変更申請の 理由																							
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等へ の入院又は入 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歳までの医療保険加入者）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・要支援認定に係る調査内容、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、矢掛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

◎介護保険の申請にあたって必要な情報を提供してください。

主治医意見書関係

☐主治医の先生に申請について相談済み

☐次回受診時に相談（次回受診予定日： / ）

・通院頻度： 月1回・

認定調査関係

※ご本人の普段の状態がわかる方に、認定調査の立会をお願いいたします。

◇訪問調査先（入院・入所・住民票と違う場所に住んでいる場合に記入）

調查先：

入院病棟：

住 所：

部屋番号：

電話番号： — —

立会い : 可・不可

◇調査に立ち会う人： 同居家族 ・ その他（ ）

氏 名：

続柄：

住 所： 同上。

携帯番号等： — —

※必ず連絡がつく電話番号を記載してください。

◇申請後、不在にすることがわかっている日

(〃 / , 〃 / , または曜日： 曜日)

※認定申請後、自宅を長期不在にする場合などは福祉介護課に連絡をしてください。

連絡メモ（利用中のサービス等）

☐独居☐ と2人暮らし☐複数家族あり

申請のきっかけ

※医療機関からの勧め： あり ・ なし

☐ 認知症

□ 転倒・骨折

□脑梗塞·脑出血

☐ 心不全

□がん

☐肺氣腫

☐ 糖尿病

□その他 _____ :

利用中のサービス

☐ デイサービス・デイケア

☐短期入所

□福祉用具（購入・レンタル）

☐ヘルパー・訪看・訪リハ☐施設入所☐住宅改修

現在の状況： 在宅 ・ 入院中 （退院の目途： あり ・ なし ）

担当ケアマネ ()

※入院が長期に渡る場合は医療保険の対応になりますので、いったん申請を取り下げてくださいことになります。また、認定調査後に著しく心身の状態が変わった場合は、再調査または取り下げ申請をしていただくことになります。

申請代行者： _____ 続柄： _____