

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

愛南町長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険被保険者番号										個人番号											
フリガナ										生年月日		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 西暦		年		月		日	
氏名 氏					名					性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女									
住所										〒 - - 電話番号											
										<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県				<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村							
医療 保 険	保険者名					保険者番号															
	被保険者証		記号			番号			枝番												
前回の要介護認定の結果等 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5										有効期限 開始 令和 年 月 日 ~ 終了 令和 年 月 日											
変更申請の理由																					
過去6か月間の 介護保険施設、医療機関 等への入院、入 所の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護保険施設等の名称					所在地															
	期間					令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日															
	介護保険施設等の名称					所在地															
	期間					令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日															
	医療機関等の名称					所在地															
	期間					令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日															
提出 代 行 者	名称					種別					<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院										
	住所										〒 - - 電話番号										
										<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県				<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村							

主治医	主治医の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	主治医 氏名			医療機関名						
	住所	〒			-	電話番号		-	-		
				<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 市	<input type="checkbox"/> 区				
				<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 町	<input type="checkbox"/> 村				

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の介護保険事業の適正な運営のため必要であるときは、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、及び主治医意見書は愛南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も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 _____

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

認定調査連絡票(変更用)

迅速・正確に訪問調査を行うために、できるだけ詳しくご記入いただきますようお願いいたします。
連絡先は、日中連絡が付きやすい電話番号をご記入ください。

家族の状況		<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ)	<input type="checkbox"/> 同居(その他)
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院	病院名	病棟
	<input type="checkbox"/> その他	施設名・住所・氏名・電話番号等		
				階 号室

家族等の立ち合い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	フリガナ 家族等氏名	本人との関係
家族等の住所	<input type="checkbox"/> 本人と同住所		日中の連絡先
調査希望 (希望日、都合のよい時間帯・曜日等)			

認定結果通知書・被保険者証 送付先住所	送付先住所	〒
(住民票の所在地以外に 送付希望がある場合のみ)	送付先氏名	

現在の介護サービス利用状況について○をつけてください。															
1 利用していない															
2 訪問介護	月	火	水	木	金	土	日	6 デイケア	月	火	水	木	金	土	日
3 訪問入浴介護	月	火	水	木	金	土	日	7 ショートステイ	月	日	～	月	日		
4 訪問介護	月	火	水	木	金	土	日	8 (看護)小規模多機能	通い・泊まり						
5 デイサービス	月	火	水	木	金	土	日	9 福祉用具貸与							

備考	難聴(有・無)、物忘れ(有・無)、定期的な通院(有・無)
訪問調査を実施するにあたっての留意事項、事前に伝えておきたいこと等があればご記入ください。	

担当ケアマネジャー _____

受付担当者名 _____