

介護保険 要介護・要支援 区分変更申請書

亙理町長 様
次のとおり申請します。

*この申請書を提出する際は、介護保険被保険者証を添付して下さい。

被 保 者	被保険者番号		3	6	1	0														
	個人番号														申請年月日	令和	年	月	日	
	フリガナ											性別	男	・	女					
	氏名											生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)				
	住所	〒 — TEL ()																		
	関係書類送付先	〒 — (※介護保険関係書類送付先が現住所と異なる場合のみ記入してください) (送付者氏名)																		
	変更申請の理由																			
	前回の要介護認定の結果等	要支援1		要支援2		経過的要介護		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5				
		有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日																		
	介護保険施設 入所等の有無 (短期入所を除く)	有	入院・入所施設名																	
所在地			〒 — TEL ()																	
無		介護保険施設以外の入院医療機関・入所施設名																		
		所在地	〒 — TEL ()																	

申請者氏名			本人との関係	
※○で囲んでください。 提出代行者名称	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 (印)			
申請者住所	〒 — (※申請者が本人の場合は、記載不要) TEL ()			

主 治 医	フリガナ			医 療 機 関 名		
	氏名					
	所在地	〒 — TEL ()				

下記の欄は、第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。(医療保険被保険者証写添付)

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、亙理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 _____ 代筆者氏名 _____ 本人との関係()

認定調査 (訪問調査) 連絡票

記入日 年 月 日

調査員が伺う際の参考にさせていただきますので、下記について該当部分の□にレを入れ必要事項をご記入ください。

▼ 調査日調整のための連絡先【認定調査時に立ち会っていただく方(ご本人の状態をよくご存知の方)】
※ 調査の日程を後日連絡しますので必ずご記入ください。

調査時 立会人	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 無
	住 所			
	フリガナ		本人と の続柄	
	氏 名			
	電 話			
	連絡可能な時間帯			

▼ 調査日についてご希望がありましたら、
月曜日～金曜日(祝・祭日を除く)9時～16時の時間でご記入下さい。

※ 原則として申請を受付けた翌週火曜日以降に認定調査員から連絡が入ります。役場以外の電話番号からの連絡となりますのでご了承下さい。また調査希望日に必ずしも添えない場合もあります。

調査希望日	①	②	③
-------	---	---	---

▼ 調査時の留意事項

<ul style="list-style-type: none">■ 今回の申請について本人は(知っている・知らない)■ ガンの告知・病気の認識(有・無)■ 物忘れ(有・無) <p>【その他、相談や特に注意して調査してほしいことを具体的に記入して下さい】</p>
--