

介護保険 要介護認定・要支援認定【区分変更】申請書

宝達志水町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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 記号・番号	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 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																					
	変更申請の 理由																							
認定調査の 日程調整 ※本人以外の場合		氏名 被保険者との関係 電話番号(平日に連絡がとれる番号) 調査時の立会い ☐ あり ☐ なし ① ②																						
調査場所 ※被保険者住所と異なる場合																								
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無 あり・なし		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												
		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	医療機関名											主治医の氏名											
	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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、宝達志水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 要介護認定・要支援認定【区分変更】申請書

記入例

宝達志水町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

介護保険 被保険者番号	1234567890	個人番号	987654321001
医療 保険	保険者名	□□健康保険組合	
	被保険者 記号・番号	記号	番号
		記号	番号
	フリガナ	生年月日	大・昭和 11 年 1 月 1 日
	氏 名	性 別	男 ・ 女
被 保 者	住 所	〒 929-1425 宝達志水町子浦そ 100 番地	
		電話番号 0767-29-XXXX	
	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 令和 2 年 9 月 1 日 ~ 令和 3 年 8 月 31 日		
	変更申請の 理由		
	〇月〇日に転倒して骨折。現在入院中だが、歩行や立ち上がりが困難な状態。ADLが低下し、着替えなど日常生活に介護の手間がかかるようになった。		
認 定 調 査 の 日 程 調 整 ※本人以外の場合	氏名	宝達 花子	被保険者との関係 妻
	電話番号(平日に連絡がとれる番号)		
	調査時の立会い ☒ あり ☐ なし ① 〇〇〇-□□□□-△△△△ ② ■■■■-▲▲-●●●●(自宅)		
調査場所 ※被保険者住所と異なる場合	・〇〇病院 ・長男宅(▲▲町□□1-1)		
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 〇月 ×日 ~ □年 〇月 ×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 〇月 ×日 ~ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地	期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	どちらかに〇 (あり)・なし		

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	〒 ケアマネージャーや施設職員の方等が提出代行される場合にご使用ください。 ご家族の方が提出される場合には、この欄の記入は不要です。	
		電話番号	

主 治 医	医療機関名	□□病院	主治医の氏名	●● ●●
	所 在 地	〒 929-〇〇〇〇 △△市〇〇町□□1-1 電話番号 〇〇〇〇-□□-△△△△		

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、宝達志水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

宝達 太郎