

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

錦江町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	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					年 月 日 () 歳								
	氏 名										性 別					男 ・ 女								
	住 所										〒 ー 自治会名 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 から 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 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・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、介護認定審査会による判定結果、意見及び主治医意見書を、錦江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 要支援・要介護認定申請 事前調査表

被保険者氏名 _____

1. 介護認定を受けたことがありますか？		申請の理由				
はい	いいえ					
2. これから利用を希望する介護サービスがありますか？			はい	いいえ		
居宅サービス	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリ	デイサービス	デイケア
	ショートステイ	グループホーム	有料老人ホーム	福祉用具レンタル	福祉用具購入	住宅改修
施設サービス 申し込みの有無 (有・無)	介護老人福祉施設		名称			
	介護老人保健施設		名称			
	介護療養型医療施設		名称			
3. 身体障害者手帳を持っていますか？		障害名・等級				
はい	いいえ					
4. 最近主治医に診察してもらいましたか？ ※1ヶ月以内に受診していない場合はできるだけ早めに受診してください。		はい	いいえ			
		最近の受診日 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日ごろ)				
5. 誰か調査に立ち会いますか？		立会い者氏名 (_____) 続柄 (_____)				
はい	いいえ					
※認知症・独居の方にはできるだけ介護者の立会いをお願いします。		立会者連絡先：TEL _____				
・連絡の都合により時間帯はいつ頃ですか？		いつでもよい	午前・午後	時から	時	ころ
6. 同居の方がいらっしゃいますか？		氏名 (_____) 続柄 (_____)				
はい	いいえ	連絡先：TEL _____				
7. 調査に都合の悪い日がありますか？		はい	いいえ			
・申請日以降に都合の悪い日		日	日	日	日	日
・通所サービス利用日(デイサービス・デイケア等)		月	火	水	木	金
・その他都合の悪い曜日(通院・老人・健康クラブ等)		月	火	水	木	金

<入院中の場合>

病院名		入院日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
病名		退院予定日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 未定
その他：調査員にあらかじめ伝えておくことがあればお書きください。			

- A. 暫定でのサービス利用 (有 無) ※有の場合、下のB・Cが必要
- B. 暫定ケアプラン[1～4] (有 無) ※暫定サービス利用日までに保険者へ提出
- C. 居宅届提出 (既提出済 今回有 無) ※暫定サービス利用日までに保険者へ提出