

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

一関地区広域行政組合管理者 様

次のとおり申請します。 申請年月日 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 記号・番号	記号						番号						枝番									
	フリガナ												生年月日		年 月 日									
	氏 名												性 別											
	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																					
			有効期限										年 月 日 から 年 月 日											
	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、入所 の有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年 月 日 ～ 年 月 日									
		介護保険施設等の名称等・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										
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、要介護等認定・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、一関地区広域行政組合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 _____

(裏 面)

要介護度を認定するため、担当調査員がご自宅などを訪問し、心身の状態や日頃の生活、家族、居住環境などについて、1時間程度の面接調査を行います。

調査は、平日の午前9時から午後4時の間に行います。

1. 調査日程の連絡先 (平日の午前9時から午後4時の間に連絡が取れる電話番号をご記入ください。)

フリガナ 氏 名	続 柄	住 所 (被保険者の住所と異なる場合はご記入ください)
電話番号		連絡を希望する時間帯
携 帯	ア いつでも可	
自宅等	イ 希望有 (時 ～ 時)	

2. 調査実施場所 (ご自宅以外の場合、病院・施設等の名称をご記入ください。)

病院・施設等の名称	病院・施設等の住所

3. 調査の立会いについて

ア 希望する イ 希望しない

4. 認知症について

ア あり イ なし

5. 世帯状況 (ご自宅の方のみご記入ください。)

ア 一人暮らし イ 高齢者のみ ウ その他 (子供家族等と同居)

6. 利用しているサービス (利用日に○印をつけてください。)

デイサービス・デイケア	月	火	水	木	金	土	日
ヘルパー等訪問日	月	火	水	木	金	土	日
ショートステイ近日利用日	月	日	～	月	日		

7. 調査に関する特記事項 (調査員に事前に知らせておきたいことなどがあればご記入ください。)

--