# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

豊　富　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　　　　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 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | 記号 | | | |  | | | | | | 番号 | |  | | | | | | | 枝番 | | | |  | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏 名 | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 平成・令和　　年 　月 日から令和 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 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・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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、豊富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　　　　　　　　　　　　　　　（自署の押印不要です。）

代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞（代筆の場合は、代筆者の押印をお願いします。）

認定調査連絡票

|  |  |
| --- | --- |
| 調査時の  家族連絡先  調査時の同席の有無 | ２ 上記以外 氏名 ：  本人との関係 ：  同居の有無 同居　・　別居  電話番号 ： （　　　） |
| １　有（同席者が上記連絡先と同じ場合は右の氏名等省略） 氏名　：  連絡先：  ２　無 本人との関係： |
| 調査場所 | １　自宅  ２　病院・介護施設など（申請書の入院・入所先と同じ場合）  申請書の入院・入所先と違う場合の病院・施設名（　　　　 　　　　　　　　　）  ３　その他　（場所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） |
| 調査日時 | １　調査日時　令和 年 月 日 ・時間　　時　　分  ２　調査日時の調整がつかなかった時の都合の悪い日  なし ・　　ある※ある場合は下の曜日にも〇をお願いします。  月(午前・午後)、火(午前・午後)、水(午前・午後)、木(午前・午後)、金(午前・午後)  ※原則として、土日祝日及び夜間の訪問調査はできません。 |
| 病院受診  関連 | １　病院名  ２　受診日　 令和 年 月 日 ・時間　　時 分  ３　受診形態 定期　・　不定期  ４　受診科 内科　・　外科　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用予定の  介護サービス | ヘルパー　　　デイサービス　　福祉用具レンタル　　福祉用具購入　　住宅改修 |
| 身体状況  認知機能 |  |
| 認定証送り先 | 〒　　　　―  住所  氏名 |
| その他 |  |