

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

当別町長 様
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号															申請年月日	平成	年	月	日			
	フリガナ															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 経過的要介護 要支援状態区分 1 2														有効期間 平成 年 月 日 から 平成 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・所在地														期間 年 月 日～ 年 月 日							
		有・無														医療機関等の名称・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日		

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)

提 出 代 行 者	名称 (氏名)															印	続柄		
	住所	〒														電話番号			

家族・代理人等が申請する場合もこの欄に記載してください。

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

医療保険者名											医療保険者被保険者証記号番号					
特定疾病名																

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、当別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(新規・区分変更・介護)申請補足情報 提出代行業者の方をご記入ください。

<p>申請理由</p> <p>身体状況・傷病名等</p> <p>経緯</p> <p>緊急性</p> <p>介護サービスに期待すること</p>	
<p>訪問調査の事前連絡先</p>	<p>1. 被保険者宅</p> <p>2. 申請者宅</p> <p>3. その他</p> <p>氏名</p> <p>住所</p> <p>電話 ()</p> <p>本人との関係</p>
<p>訪問調査希望日</p>	<p>1. 特に希望はない</p> <p>2. 希望あり(曜日等)</p> <p>希望理由</p>
<p>理解力について</p>	<p>1. 理解力はある</p> <p>2. 理解力が低下している(訪問時に家族の同席が必要)</p>
<p>認定結果送付先</p>	<p>1. 被保険者宅</p> <p>2. 申請者宅</p> <p>3. 入院・入院先の被保険者宛</p> <p>4. その他</p> <p>氏名</p> <p>住所</p> <p>電話 ()</p> <p>本人との関係</p>
<p>備 考</p>	

現在入院されている方については、病院側と相談されているか必ず確認してください