

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

高根沢町長 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	被保険者番号																				個人番号																		
	フリガナ																		生年月日	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 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）																	印								
	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

医療保険者名																		医療保険被保険者証記号番号									
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、高根沢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

区分変更 申請

被保険者氏名 ()

本人は、現在どちらにいらっしゃいますか。

■ 在宅 ・ 施設入所中 ・ 病院入院中

在宅の場合

■ 現在、サービスを利用していますか。 利用している ・ していない

■ どのようなサービスを利用していますか。

ケアマネジャー【居宅介護支援事業所： 担当： 】

- デイサービス 【 月・火・水・木・金・土・日 】 事業所名【 】
- ホームヘルパー 【 月・火・水・木・金・土・日 】 事業所名【 】
- ショートステイ 【 月 日 ~ 月 日 】 事業所名【 】
- その他 () 【 月・火・水・木・金・土・日 】 事業所名【 】

施設入所中の場合

■ 施設名 ()

病院入院中の場合

- 病院名 ()
- 病室 (階 号室)
 - 退院の見込 (入院日 月 日 ~ 月 日頃退院予定 ・ 未定)
 - 病名 ()
 - 悪性の場合、本人への告知はしましたか。 した ・ しない

調査のための家族等への連絡先

■ 認定調査の立会い 希望する ・ 希望しない

※立会いを希望されない場合は、本人や施設職員等からの聞き取り調査を行ったのち判定を行いますので、ご了承ください。

■ 連絡の取れる家族 (氏名 : 続柄 同居 ・ 別居)
連絡先 (☎ -)

連絡の取れる時間【平日 8:30~17:15】 午前・昼休み・午後・いつでも

※ ☎028-675-8105 からの着信履歴があった場合は、折り返しお電話いただければ幸いです。

■ 調査希望日 月・火・水・木・金 午前・午後

※ デイサービスやショートステイの利用回数が多い場合には、施設に訪問して調査させていただくことがあります。

■ 認定結果送付先 自宅 ・ その他 ()
その他：

町健康福祉課記入欄 受付者名 ()