

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

上三川町長 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		
		被保険者証	記号	番号	枝番	
	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	
	変更申請の理由		有効期間 年 月 日から 年 月 日			
	過去6月間の介 護保険施設医療 機関等入院、入 所の有無 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		
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歳までの医療保加入者)のみ記入

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上三川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、地域密着型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

被保険者氏名：	訪問調査： 月 日 () : ~
申請種別 : <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更	場 所：
申請者 :	
担当ケアマネ：	立会者 : <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

要支援・要介護認定申請時の確認事項

申請した理由 (新規・変更のみ)	心身の状態が悪化したため 利用したいサービスがあるため 主治医に勧められたため その他 ()
受診状況	医療機関 _____ 医師名 _____ 最終受診日 令和 年 月 日 (次回 月 日受診予定)
特記事項	現在の心身状況
	認知症状について
	介護が必要になった疾病等： 有 ・ 無
	今後利用を希望するサービス： 有 ・ 無
	調査時に配慮すること

※以下、保険者記入欄

介護保険証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	資格者証発行 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	健康保険証 (2号のみ) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護保険料の滞納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
訪問調査予約確認・連絡調整 (病院・施設等) 月 日 対応者：			受付：