

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | 期間 | | | | | 年 | | | | | 月 | | | | | 日 | | | | |
| | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | 期間 | | | | | 年 | | | | | 月 | | | | | 日 | | | | |
| 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | 期間 | | | | | 年 | | | | | 月 | | | | | 日 | | | | | | |
| 有・無 | | | | | | | | | | 期間 | | | | | 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

※郵送で申請される方は、この面も記入してください。

窓口で申請される方は、この面の記入は不要です。裏面の申請書のみ記入してください。

訪問調査連絡票

この連絡票は、訪問調査を実施するに当たり事前に確認が必要な事項について伺うものです。該当するところに記入または✓をしてください。この連絡票を基に訪問調査の調整等させていただきますので、ご協力をお願いします。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※保険者・事業所記入欄 訪問調査： 月 日 () : ~ 場 所： 立会者： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 (調査対象者) | フリガナ 氏 名 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居等 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日程調整のための連絡先 | フリガナ 氏 名 | 続柄等 () ケアマネージャの場合 (事業所名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平日昼間に連絡の取れる電話番号を記入してください | 連絡先① <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 | 連絡先② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※日程調整の連絡は午前8時30分から午後5時15分までの間に電話にて差し上げます | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調査立会者 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上記の連絡先の方 フリガナ | ケアマネージャの場合は事業所名も記入してください。 事業所名 () <input type="checkbox"/> あり 氏 名 続柄等 () 電話 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問調査先 | <input type="checkbox"/> 住民票記載の住所 <input type="checkbox"/> 入所先・入院先 医療機関・施設名 | 入院の場合 (病棟名等) (例：○○病棟3F南、本館4F北) 入院中で、転院又は退院予定がある場合は、下記も記入してください。 転院・退院予定先 () 予定日 (年 月 日頃) 電話 () <input type="checkbox"/> その他 住所 電話 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる疾病 | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (疾病名：) (例：脳梗塞、パーキンソン病、○○骨折) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他留意事項 | 調査において特に配慮が必要なことや注意事項等、認定調査員にあらかじめ知っておいてほしいことや話したいことがあれば記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

《町処理欄》

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|----------------------------|
| 資格者証発行 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 | 医療保険加入状況確認 <input type="checkbox"/> 済 (65歳未満) | 介護保険料確認 <input type="checkbox"/> 済 | 調査連絡調整 (調査員記入) 月 日 対応者： |
|---|--|---------------------------------------|----------------------------|