

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

扶桑町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 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 () 歳									
	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											
			有効期間										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、 医療機関等への 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・指定介護療養型医療施設、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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、扶桑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

任意記入欄

- 現在利用している介護保険外のサービスについて（いずれかに○をつけて下さい）

なし ・ あり（ 公共宅老・医療リハビリ・その他（ ） ）

- 介護認定調査について（いずれかに○をつけて下さい）

- ① 曜日希望（「あり」の場合、ご希望の曜日に○をつけて下さい）

なし ・ あり : 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金

- ② 時間帯希望（「あり」の場合、ご希望の時間帯に○をつけて下さい）

なし ・ あり : 午前 (9 時 30 分始まり) ・ 午後 (13 時 30 分始まり)

※上記以外の時間を希望の場合は窓口にてご相談下さい。

- ③ 同席者の有無（「あり」の場合、同席者の方の氏名・続柄をご記入下さい）

あり（氏名： 続柄 ）

なし

※調査の際にはご本人の状況を良くご存じの方に同席をお願いしています。

- ④ 調査員が車で伺う場合、調査用の車両を停める場所がありますか。

あり : 場所【 】

なし ※雨天時等の場合、調査員が車でお伺いする事があります。

＜調査日時調整のための連絡先＞

※ご自宅以外に連絡を希望される方はご記入下さい。

名称又は氏名 ()

電話 番 号 ()

連絡希望時間帯 ()

役場記入欄

※ご本人の心身の状況、調査の進め方等調査での留意事項を記載。