

介護保険 要介護認定 ・ 要支援認定 区分変更申請書

神 山 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 記号・番号		記号			番号					枝番				
	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					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・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、主治医意見書、神山町町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、神山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、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名 _____

訪問調査時の付添人の有無 有 ・ 無

- 1 認定調査にあたり不都合な曜日・時間がある場合は、次の表に×印を記入してください。

	月	火	水	木	金
午前 9時00分～12時00分まで					
午後 1時00分から4時00分まで					

※その他の希望の日があれば記入してください。()

- 2 訪問調査に付き添う方がいる場合、その方の被保険者(対象者)から見た続柄は次のどれですか。

[夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他 ()]

付添者の連絡先(※被保険者と同居していない場合に記入してください)

氏 名 _____

電話番号 _____

(自宅 職場 携帯)

調査場所 _____

※表面の被保険者住所以外の場所で調査をご希望される場合は必ずご記入ください。