

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

那珂川町長 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										
	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					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											
	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																		
	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																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、那珂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 \_\_\_\_\_

## 認定調査捕足調査票

調査員が訪問に伺う際の参考にさせていただきますので、下記の事項について該当するものに○をつけて下さい。

現在の状況	1 自宅                      2 その他 [                      ] 3 入院中 [退院予定      月      日頃      病院名                      ]
本人の状況	1 日常会話がほぼ理解できる      2 日常会話が理解できない 3 物忘れがある
	1 起きている                                      2 寝たり起きたり 3 寝たきり
連絡先	連絡のとれる電話番号を記入ください。 ○電話番号      [                      —                      —                      ] ○氏      名      [                                                                ] 連絡希望時間帯 [                                                                ]
認定調査の 立会い	1 有              立会人氏名 [                      (続柄)                      ] 2 無
通      院	1 定期的に受診している                      2 最近受診した 3 ほとんど受診していない
サービス利用	1 有    2 今後利用する予定 [利用予定サービス：    ]
調査時に配慮 すること	
備      考	