

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

えびの市長様

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		明・大・昭 年 月 日										
	氏名														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																	
			有効期限 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～										
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		医療機関等の名称等・所在地												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・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 家族(続柄)																		
	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2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えびの市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

《認定調査について、必要事項をご記入ください。》

過去の施設入所・ 医療機関入院の有 無(直近のもの)	名称等	入院・入所期間
	有 ・ 無	年 月 日 ~ 年 月 日

世帯構成	・一人暮らし ・夫婦のみ ・家族と同居 ・同敷地内に家族が住む ・えびの市内に息子・娘が住む
------	---

立会いの 有無	有	立会人氏名	続柄
		住所	電話番号
	無		

調査日程の 連絡先及び 都合につい て	・ 本人	・ 立会人
	・ その他 ()	続柄()
	※ 日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。	
	自宅	連絡の取れる時間 午前・午後 時 ~ 時
	携帯	連絡の取れる時間 午前・午後 時 ~ 時
職場	連絡の取れる時間 午前・午後 時 ~ 時	
※後日調整の参 考に致します。 ※ご希望に沿え るとは限りません ので予めご了承 ください。	* 平日、9:00~16:00までを原則とします。 都合の良い日時・曜日 都合の悪い日時・曜日 ・いつでも可能 ・電話にて相談が必要	

本人の 心身状況	() 物忘れがある
	() 人の声が聞き取りにくい
	() 電話を取るまでに時間がかかる

調査時、 特に配慮 すること	() 別の場所での聞き取りが必要
	() 病名を言わないでほしい
	その他

利用中の サービス 〔利用頻度と 内容〕	利用	有 ・ 無	
-------------------------------	----	-------------	--

介護保険被保険者証作成後の送付先(受取人)	
氏名(施設名)	
住所	〒