

介護保険 要介護認定変更 申請書

市川町長 様

次のとおり申請します。

※申請者が被保険者本人の場合申請者住所・電話番号は記載不要

申請年月日 令和 年 月 日

申請者氏名	※窓口にこられた方 印	本人との関係 (続柄)	※被保険者から見た申請者 本人・家族(続柄) その他(下記に記入)
提出代行 事業者名称	該当に○ (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・指定介護医療院・その他)		
申請者住所	□ 被保険者と同じ 〒 電話番号		

被 保 険 者	個人番号											
	被保険者 番号											
	フリガナ											
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日						
		性 別	男	・	女							
	住 所	〒 電話番号										
	現在の要介護 状態区分等	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5				
		有効期間	平成・令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
変更申請の 理由 (必ずご記入 ください)	※変更に至った経緯を必ずご記入ください。 _____ _____ _____											
病院・介護 保険施設等 入院・入所 の有無 (短期入所を除く)	有	入院先病院名・入所施設名(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)										
	無	所在地										
		年	月	日	入院・入所(予定)~	年	月	日	退院・退所(予定)			

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	電話番号	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。主治医から認定審査会の判定結果の提示依頼があった場合、提示に同意します。

本人(被保険者)氏名

訪問調査等についての留意項目等記入欄

(下記の項目についてご記入もしくは該当するところに☑を入れてください。)

調査先及び立会いについて

- 訪問調査先 自宅 施設 病院 その他

立会い予定者名: _____ (被保険者との関係 _____)

電話番号: _____

※立会いについて: 基本にご家族又は本人の身体状態を把握されている方等にお願ひさせていただきます。

日中の連絡先	氏名: _____ (続柄 _____)	電話番号: _____
緊急の連絡先	氏名: _____ (続柄 _____)	電話番号: _____

自宅以外の場合は、施設等の住所・名称・電話番号等を下欄に記入してください。

- ・名称 _____
- ・住所 _____
- ・病棟/部屋番号 _____ 病棟 _____ 階 _____ 号室
- ・電話番号 _____ (_____)
- ・担当者名 _____

申請書受理後、訪問調査に向います。調査可能な時間帯に☑を付けてください。(調査時間は約1時間です。)

※訪問調査の最終時間は、原則午後3時です。

- ・ 午前 午後 どちらでも可

本人のショートステイ・デイサービス・通院等で調査不可の日及び立会人の都合(仕事等)で立会不可の日をご記入ください

※連絡するとご迷惑になる時間帯や電話番号など配慮すべき事柄があればご記入ください

調査に向う際の連絡事項 <input type="checkbox"/> 有(右に記入) <input type="checkbox"/> 無	・駐車場について(_____) ・配慮すべき点 (※玄関まで出てこられない・電話に出るのに時間がかかる等) <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; height: 40px;"></div>
---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※町処理欄(申請者の方は記入しないでください。)

備考	受付方法(窓口・郵送・訪問) 受付時間(_____ : _____) 受付者氏名(_____)
申請時保険証回収	1. 済 2. 未 (調査時に回収をお願いします。)
主治医意見書	1. 郵送 2. 手渡し(申請者 ケアマネ) 3. その他
	送達日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 再送達: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	受理日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日