

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

牛久市長 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 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					要支援状態区分 1 2					有効期限 年 月 日から 年 月 日まで															
	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		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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、牛久市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、牛久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、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

申請にあたってのお願い

申請を受けてから、ご本人の状態を確認するため、介護認定調査員が訪問に伺います。
 その際介護者がいる場合その方にもお聞きすることがありますので、同席をお願いします。
 (この訪問が済みませんと、認定を受けるための審査、判定ができません。)

1 訪問日時を調整させていただくために、連絡をする際、申請書の電話番号以外に、連絡先があればご記入ください。

連 絡	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
先 等	電話・FAX		自宅・携帯電話・勤務先	
	立会いの有無	有・無 (有の場合の立会い者氏名:)		
	注意してほしいこと・ 訪問調査で都合のつかない日程等			

2 現在受けているサービスにチェックをして、()に事業所名・施設名をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 訪問介護()	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護()
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護()	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護()
<input type="checkbox"/> 訪問看護()	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設()
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ()	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設()
<input type="checkbox"/> 通所介護()	<input type="checkbox"/> 介護医療院()
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ()	<input type="checkbox"/> 介護保険施設以外の施設 (3にご記入ください)

3 介護保険施設以外の施設に入所・入院されている方は、ご記入ください。

施設名			
施設住所		電話番号	

【高齢福祉課記入欄】

*調査日程確認 自宅・施設・病院 (/) 立会い確認 あり・なし (/)

- ・ 居宅の状況
- ・ サービスの希望
- ・ 病状
- ・ 歩行
- ・ 排泄
- ・ 食事
- ・ 認知症状
- ・ 申請理由