

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

名寄市長 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 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									
	住 所		郵便番号																	
			電話番号																	
	前回の要介護認定の結果等 *要介護又は要支援 更新認定の場合のみ 記入		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																	
	現在の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無		介護保険施設の名称・所在地								期間		年 月 日～		年 月 日					
有 ・ 無		医療機関等の名称・所在地								期間		年 月 日～		年 月 日						

申 請 者	名称 (提出代行者)	該当に○(地域包括支援センター・指定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)												※親族等の 場合の続柄 ()	
	住所	郵便番号													
		電話番号													

主 治 医	主治医の氏名					医療機関名					
	所 在 地	郵便番号									
		電話番号									
受 診 状 況 (入所者は記入必要無)	月に 回	最近の受診日			受診予定						

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														
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護保険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・要支援認定に係る調査内容、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、名寄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、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 代筆者氏名

結果送付先住所・氏名(住所地以外を希望される場合のみ記入してください)

住所	〒	—				氏名				
----	---	---	--	--	--	----	--	--	--	--

(裏面も記入してください)

訪 問 調 査 連 絡 表

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。

太線の中は必ずご記入ください。

被保険者氏名			
訪 問 調 査 先 (住民票と違う場合のみ) どちらかに○をつけて記入	住 所 マンション等の方は 棟名及び部屋番号まで ご記入ください。	()方 電話番号	
	入院・入所先 病院、介護保険施設、 ケアハウス・グループホーム等 に入所している場合	※入院中の場合は病室の部屋番号まで記入してください。 ()号室	
	退院・退所 予定 ※該当に○	有(月 日予定) ・ 無	
同居人の有無		有 ・ 無(独居)	
同席希望の有無		有 ・ 無 ※必ずどちらかに○をつけてください。	
<u>同席を希望される方のみ</u> ご記入ください。		フリガナ 氏 名..... 住 所..... 連絡先(平日昼間)電話..... 携帯..... 被保険者との関係.....	
<u>都合の悪い曜日や時間帯</u>		有 () 無	
家族等連絡先 ※ 同席者以外で連絡が必要な方が いればご記入ください		氏 名	
		電 話	
備 考 (申請理由・希望サービスなど)			

調査時に留意して欲しいことなどがある場合は、備考欄に記入ください。