

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

胎内市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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 平成・令和 年 月 日から					令和 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				
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							
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

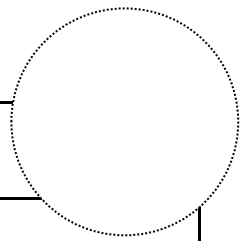
特定疾病名	
-------	--

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、胎内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、胎内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

認定申請・認定調査連絡票

更新・新規・区変



対象者氏名	家族構成 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 → <input type="checkbox"/> 日中、本人のみになる		
申請理由 (更新は不要)			
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター 事業所名 _____ 担当 _____ <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所		
	<input type="checkbox"/> 調査日程の連絡を希望します。		
	利用中に◎ 利用希望に○	サービス内容 (かっこ内の該当に○)	事業所名
		訪問 (介護・看護・入浴・リハ)	
		通所 (介護・リハ)	
		ショートステイ	
		福祉用具 (貸与・購入)	
		住宅改修	
	(看護)小規模多機能型居宅介護		
	施設入所等 (GH・特養・老健・医療院)		
〈その他〉 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 事業対象者			
認定調査実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外の居宅または施設等 住所または施設名: _____ <input type="checkbox"/> 病院 病院名 _____ 階 _____ 病棟 _____ 退院・転院予定 なし・あり (年 月 日頃)		〈入院・転院状況等〉
申請者情報	氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 連絡先 _____		
調査日程調整先	<input type="checkbox"/> 申請者情報に同じ 氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____ 連絡希望時間帯 なし・(~) 時頃 調査に同席 する・しない		
受診状況	直近の受診日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> その他の受診医療機関 次の受診予定日 (年 月 日)		
留意事項等			調査委託 延期通知希望 (更新のみ記入)
			可 ・ 不可 担当: _____
認定調査予定日時	／ ()	／ ()	／ ()
	家族等:連絡 済(/) 同席 有・無 ケアマネ等:連絡 済(/) 同席 有・無	家族等:連絡 済(/) 同席 有・無 ケアマネ等:連絡 済(/) 同席 有・無	家族等:連絡 済(/) 同席 有・無 ケアマネ等:連絡 済(/) 同席 有・無

情報提供 済 (担当包括: _____)