

介護保険（要介護・要支援）認定区分変更申請書

さつま町長 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		年齢	歳 性別	
	住所	〒 - 電話番号 ()			
	現在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	
		有効期間 年 月 日から 年 月 日			
変更申請の理由	※前回の認定時と比べて介護の手間が増えた理由を <u>具体的</u> に記入				
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等・所在地 (年 月 日～)				
	医療機関等の名称等・所在地 (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・指定介護療養型医療施設・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。

被保険者との関係

本人署名 _____ 代筆者氏名 ()

※ 本人が記載できない場合は本人了解の上、代筆者氏名を記入すること。

※訪問調査の日程調整をする方の連絡先

連絡者氏名		連絡者の電話番号	優先 順位
被保険者との関係	本人・家族()・担当ケアマネ 施設職員・その他()	自 宅 :	
訪問調査場所	自宅 ・ その他 ()	携 帯 :	
勤務先名称		勤 務 先 :	

※送付先変更(認定結果通知等の送付先が**被保険者欄の住所と異なる場合等**に記入)

送付先氏名		被保険者との関係
送付先住所	〒 - 電話番号 ()	

※役場処理欄： オンライン 保険料 送付先変更 調査依頼 システム 意見書依頼

認定調査にかかる事前情報提供票（申請書裏面）

○ 認定調査時に立会をする方のお名前等を記入してください。

<input type="checkbox"/> 表面の訪問調査の日程調整をする方と同じ				
立会者氏名		(続柄)	電話()	—
		(続柄)	電話()	—

○ 担当ケアマネジャーについて記入してください。

<input type="checkbox"/> 表面の訪問調査の日程調整をする方と同じ			立会の有無
上記以外	事業所名		<input type="checkbox"/> 有
	担当ケアマネジャー		
	電話番号	() —	<input type="checkbox"/> 無

○ 申請から2週間以内の日で通院予定や通所サービス利用予定、或いは立会希望者の都合等で調査日としてご都合の悪い日に×をしてください。調査日は、介護認定調査員から連絡をし、調整いたします。

月日	/	/	/	/	/
曜日					
午前					
午後					
月日	/	/	/	/	/
曜日					
午前					
午後					

※ 介護サービス利用計画表を添付して頂いても結構です。

○ 調査対象者の心身の状況について☑をしてください。

■新聞や本などの文字が見えますか？
見える ほとんど見えない 見えない

■普段の会話がきこえますか？
聞こえる 大声なら聞こえる ほとんど聞こえない 聞こえない

■日常生活を送る上で、ものごとを自分で決める（判断する）ことができますか？
できる だいたいできる できない場合が多い まったくできない

■自分の意思を相手に伝えることができますか？
伝えることができる だいたい伝えることができる あまり伝えることができない
まったく伝えることができない

■今回の申請で、希望されるサービスを記入してください。

(記入例：デイサービス利用希望)

■日常生活、或いは介護するときに困っていることがありますか？