

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

大田原市長 様
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号																申請年月日	平成	年	月	日	
	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 平成 年 月 日から平成 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	
	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）																		
	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歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名											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大田原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。

決 裁	課長	係長	係	入力	資格証	保険証	本人氏名
						有 無	

訪問調査の参考にいたしますので記入してください

【在宅の方】

①訪問調査実施場所が住民票住所と違う場合は住所を記入してください。(在宅の方でサービス等の利用場所での調査も含む)

調査場所 _____

②訪問調査にあたり、不都合な曜日がありましたら×印を記入してください。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前					
午後					

その他 (_____)

③ご家族構成ならびに訪問調査時に同席できる方の続柄について、該当するところに記入及び○印をつけてください。

★家族構成 (独居 ・ 同居家族あり)

★調査時同席できる方 *家族(夫 ・ 妻 ・ 子 ・ 子の配偶者 ・ 孫 ・ その他(_____))
*家族以外の施設職員等(_____)

④ 訪問日程を調整するための連絡先を記入してください。

氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____

連絡のとれる時間 _____

【施設入所・病院入院中の方】 施設・病院名 _____

①訪問調査にあたり、家族の同席を希望しますか。(どちらかに○印をつけてください。)

(希望する ・ 希望しない)

②希望する場合は連絡先を記入してください。(日程調整のため)

氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____

連絡のとれる時間 _____