

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

毛呂山町長 様

次のとおり申請します。 申請年月日 令和 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					
	フリカナ												生 年 月 日		明・大・昭				年		月		日	
	氏 名												性 別		男				・		女			
	住 所																							
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等 * 要介護・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		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 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
介護保険施設の名称等 所在地										期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日														
有 ・ 無		医療機関等の名称等 所在地										期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日												
		医療機関等の名称等 所在地										期間 令和 年 月 日 ~ 令和 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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、毛呂山町 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。

本人氏名

毛呂山町要介護（支援）認定区分変更申請確認事項（必ず記入してください）

1. 申請者について

申請者が被保険者本人の場合は、記入不要です。				
ふりがな				
氏名	(続柄)	TEL	—	—
住所				

2. 医療（主治医）の状況

受診状況	次回受診予定日など
___月毎 ___週毎 ___回 / ☐ 不定期 ___日毎	最終受診日 _____ 次回受診予定日 _____
☐ 最近受診していない	次回受診予定日 _____
☐ 入院している ※入院直後や急性期では、認定調査ができない場合があります。また転院予定がある場合は、転院後に認定申請することを推奨しています。	・退院（予定）日は決まっていますか （ ☐ はい【 ___年 ___月 ___日頃】 ☐ いいえ ） ・転院・退院の相談の話がありますか（ ☐ はい ☐ いいえ ）

3. 調査について

実施場所	調査連絡先等
☐ 自宅（住所地） ☐ 自宅以外 名称： _____ 住所： _____ TEL： _____	●日中の連絡先（※月～金曜日の日中の間に連絡のつく連絡先を記入してください） ☐ 申請者と同じ（異なる場合は下記に記入） ふりがな _____ 氏名 _____ TEL _____ 続柄 _____ ●連絡のつきやすい時間帯 ●調査の立ち合い ☐ 有 ☐ 無 ☐ 上記と同じ（※異なる場合は下記に記入） ふりがな： _____ 立ち合い者名： _____ 続柄： _____ TEL： _____ ◆調査立ち合い後に本人のいない所での聞き取りについて ※認知関係等本人に聞かれたくない話がある場合等 ☐ 希望する ☐ 希望しない
※入院・入所中の方の調査は、職員の方の立ち会いで調査を行っていますので、原則ご家族の立ち会い及び電話での聞き取りは不要としております。 ※都合により調査員を変更する場合がありますので、ご了承ください。尚、調査員は調査時に認定調査員証を提示いたしますので、安心して調査を受けてください。	

4. その他

本人の状態・今後の介護サービス利用の見込について	入院中の方																		
●認定調査に何う際に、都合の悪い曜日に×を記入してください。 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	午前						午後						●症状は安定していますか？ ☐ はい ☐ いいえ ●転院の予定はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ ※入院直後や急性期では、認定調査ができない場合があります。また転院予定がある場合は、転院後に認定申請することを推奨しています。
	月	火	水	木	金														
午前																			
午後																			

町使用欄 前回（ ___年 ___月 ___日 ） : ~