

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

御坊市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 者	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					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 年 月 日 から 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						
有 ・ 無										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、御坊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、御坊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

認定調査依頼書

枠内に記入し、該当するものに☑をつけてください。

※連絡は平日の 9:00~17:00 の間となります。ご希望の時間帯に連絡できない場合もあります。

※調査開始時刻は平日の9:00~16:00 までです。それ以外の時間についてはご相談ください。

※認定調査を円滑に進めるため、認定調査中の撮影・録画・録音はご遠慮ください。

ふりがな	
調査対象者 氏名	

調査連絡先

ふりがな		続柄	電話番号
氏名			
住所	〒 -		
連絡希望時間帯	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 時 ~ 時がよい		

立会希望

立会希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	立会者	<input type="checkbox"/> 上記連絡先者 <input type="checkbox"/> 上記以外(以下に記入)
ふりがな		続柄	電話番号
氏名			
連絡希望時間帯	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 時 ~ 時がよい		

申請に至る経緯・調査時に配慮を要する事項・実施場所の状況

--