介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

日出町長 　　　　　　　　　　　 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 | □大分県後期高齢者医療広域連合  □上記以外（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | 記号 | | |  | | | | | | | | 番号 | |  | | | | | | 枝番 | | |  | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | 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　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 | | | | | | | | | | | | |
| 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２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

|  |  |
| --- | --- |
| 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、日出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

代　筆　　　　　　　　（続柄）

（裏面）該当する項目に☑や内容を記入してください。

**介護保険要介護・要支援認定 被保険者情報**

1. **訪問調査について 　※月～金（祝日除く）原則９:３０もしくは１３:３０から**

（1）訪問調査の立会い希望はありますか。

**□** ない（一人で調査が可能な状態である場合）

**□** ある（日頃の状況をよく知っている方の立会いをお願いします）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 立会い者 | 氏　名 |  | 続　柄 |  |
| 住　所 | 〒 | | |
| 連絡先 | ※確実に連絡の取れる電話番号を記入して下さい。  TEL　　　　　　　　　　　　　　　 （連絡の取りやすい時間帯） | | |

（2）都合の悪い調査日時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（3）訪問調査の場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・駐車できる場所はありますか。 　 　**□** ある（　　　　　）　　 **□** ない

（4）申請者について

　　・認知機能の低下はありますか。　　　**□** ある　　　**□** ない　　　**□** 不明

　　・世帯構成について　　　　　　　　　**□** 単身　　 **□** 夫婦のみ　**□** 家族同居（　　　　　　　）

（5）調査時に留意する事項や申請に至る経緯、現在の状態や日常生活で困っていることを記入してください。

**２．新規申請の方は利用したいサービス（更新・変更申請の方は利用中のサービス・曜日）を記入してください。**

（　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　）

**３．認定前に暫定的に利用したいサービスがあれば記入してください。**

（　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　）

**４．主治医について　※入院中の場合は（1）（2）は省略可**

（1）今回の申請について、主治医に相談していますか。　　**□** はい　　　　**□** いいえ

（2）受診予定日　（　　　　　月　　　　　日）

（3）主な疾病（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（4）病名等について本人に告知はされていますか。　　　　**□** はい　　　　**□** いいえ

**５．入院中の場合** ・退院の時期について　　　**□** 未定　　　**□**（　　　月　　　日）頃に退院予定

・心身の状態について　　　**□** 安定　　　**□** 不安定

**６．認定結果の送付先について**

**□** 被保険者宅　　**□** 施設　　**□** 立会者宅　　**□** その他（下記に記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先 | 〒 |
| 宛　名 | 被保険者との関係（　　　　　　　） |