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 | | | | |  | | | | | | |
| 被保険者証 | 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・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）

**介護保険要介護・要支援申請者情報**

1. **訪問調査について【月～金（祝日除く）９：３０～１６：００　自宅（入院先）で調査】**
   1. 訪問調査の日程調整及び調査立会い者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 立会い | する 　・　 しない  ※「する」に○をつけた方のみ下記にご記入ください。 | | |
| 氏　名 |  | 続　柄 |  |
| 住　所 | 〒 | | |
| 連絡先 | ℡　　　　　　　　　　　　　連絡の取りやすい時間帯 | | |

※調査の日程調整を行うために、確実に連絡の取れる電話番号を記入して下さい。

* 1. 被保険者について（☑を付けてください）

　・認知症が　　□ある　　　　□ない　　　　　　　□不明

　・世帯構成　　□単身世帯　　□夫婦のみの世帯　　□家族同居世帯

* 1. 訪問調査の場所について　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※ 訪問先に駐車できる場所はありますか？（☑を付けてください）□　ある　　　□　ない

* 都合の悪い日時や調査時に特に留意することがあれば記入してください。

* 1. 新規・区分変更申請の場合は、申請に至る経緯や現在の状態、日常生活で困っていることを記入

してください。入院中の場合は、状態が安定しているかどうか、退院の目途も記入してください。

２．新規申請の方は認定後利用したいサービスを記入して下さい。

更新・変更申請の方は現在利用中のサービス・曜日を記入して下さい。

（　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　）

**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下さい。**

（　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　）

**４．主治医について**

　　　受診予定日　　　　　　月　　　　　日

　　　主な疾病　（　　　　　　　　　　　　　　）※入院中の方は必ず記入して下さい。

* 主治医との連絡がとれているか等、主治医に関することを記入して下さい。

**５．認定結果の送付先について**（数字を○で囲んでください）

１．申請者宅　２．施設　３．立会者宅　４．その他（下記に記入してください）

住所：〒

宛名：