

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

安芸市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日		年	月	日
申請者氏名	本人との関係			
申請者住所	〒 - 電話番号 () -			
提出代行者	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) 代表者 取扱者氏名			

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			
		被保険者等記号番号				枝番			
	フリガナ氏名				生年月日	年	月	日	
	住所	〒 -			電話番号 ()	-			
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分 1・2・3・4・5			要支援状態区分 1・2				
	変更申請の理由								
	介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く)	有・無	入所施設名						
			所在地						
	有効期間	年			月	日から	年	月	日

主治医	フリガナ主治医の氏名				医療機関名 (診療科目)	()		
	所在地	〒 -			電話番号 ()	-		
	入院の有無	有・無	期間	年	月	日から	年	月

2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、主治医意見書、安芸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、安芸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。

調査				本人氏名			
				代筆者氏名	続柄		

記入者

認定申請記録票

* 保険者確認欄

1号保険料	2号国保税	特定疾病

1. 結果通知（介護保険被保険者証）の送付先（自宅以外へ送付を希望する場合は同意が必要です。）

- 自宅 申請者宅 その他 _____

(同意) 上記へ送付してください。 被保険者氏名 _____ 印 _____

2. 調査日 （在宅サービス利用や通院等の予定、希望の曜日や時間帯がある場合は記入してください。）

※ 調査開始時刻は、平日の午前9:00から午後4:00の間とします。

月	午前	午後	※調査場所 自宅・施設 (_____) (_____ 病院 _____ 階 _____ 号室) その他 (_____) ※家族等立ち会い希望の有無 有 (氏名 _____ 続柄 _____) 無 ※連絡可能時間帯 <input type="checkbox"/> (被保険者) ~ <input type="checkbox"/> (立会希望者) ~ 連絡先: *確実に連絡がとれる番号(携帯・職場等も可)を ご記入ください。
火	午前	午後	
水	午前	午後	
木	午前	午後	
金	午前	午後	
土			
日			

※ 調査場所や調査日を変更する場合は早めにお知らせください。

3. 医療機関(主治医)受診の有無

- 最近1ヶ月以内 有 無
 次回受診 月 日 予定

4. 利用希望のサービス

- 訪問介護 (ホームヘルパー)
 デイサービス・デイケア
 (介護予防)福祉用具レンタル
 特定(介護予防)福祉用具販売
 住宅改修
 施設入所
 その他 (_____)

[連絡事項]

.....

5. 認定申請の動機

1. 医師の勧め(医療機関名: _____)
2. 民生委員等の勧め
3. ご本人・ご家族の意向 (サービス利用のため: 希望サービスは上記4へ)
4. サービスの継続利用 (更新申請の場合)
5. その他(具体的に _____)

介護保険の目的 要介護状態や要支援状態となっても、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う。また、保険給付は要介護(支援)状態の軽減又は悪化防止に資するよう行われる。(介護保険法第1条及び第2条より)

国民の努力及び義務 国民は、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともにその有する能力の維持向上に努めるものとする。(介護保険法第4条より)