

介護保険要介護認定区分変更申請書

阿南市長 様

年 月 日

次のとおり申請します。

受付No.()

| | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------|---------------|--|--|
| 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 | | | | | |
| | フリガナ | | 性 別 | | | | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 住 所 | | 〒 | | | | |
| | 前回の要介護 認定の結果等 | | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 | | | | |
| | 変更申請の理由 | | 年 月 日 から 年 月 日 | | | | |
| ※過去6か月間の 施設・医療機関等 入所・入院歴 | | 施設・医療機関等の名称・所在地 | | 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | | 施設・医療機関等の名称・所在地 | | 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |

| | | | | | | |
|-------------|----------------------------|---------------|---|--|--|--|
| 提 出 者 | 事業者: | 事業者の場合 : 該当に○ | | | | |
| | 家 族: | 続柄: | 地域包括支援センター・居宅介護支援事業者 (看護)小規模多機能型居宅介護 介護老人福祉施設(密着型含む)・介護老人保健施設 介護療養型医療施設・介護医療院・グループホーム ケアハウス・医療機関・その他() | | | |
| | 本人(使用者の場合担当事業者)・その他 () | | | | | |
| | 住 所 (所在地) | | 〒 | | | |

| | | | |
|-------------|--------|-------|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 | |

※ 第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 | |
|-------|--|

介護サービス計画又は介護予防サービス計画等を作成するため及び阿南市が実施する介護予防事業施策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、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果・意見を、地域包括支援センター(高齢者お世話センター)・居宅介護支援事業者・介護保険施設等の介護支援専門員又は主治医意見書を作成した医師に提示することに同意します。

| | |
|------|--|
| 本人氏名 | |
|------|--|

(裏面もご記入ください。) 代筆の場合 氏名() 続柄()

訪問調査に関する事項

- ・立会いは、普段の状況を把握している方をお願いします。
- ・訪問調査は平日に実施いたします。
- ・更新申請、要介護認定区分変更申請の訪問調査は、指定居宅介護支援事業者等にも委託しています。その場合は、委託先のケアマネージャー等から日程調整の電話があります。
- ・日程調整が済むまでは、調査員からの電話に対応できるようご注意ください。
- ・当日体調不良で普段と異なる状況、急遽入退院があった場合等は実施を控え再度日程調整いたします。調査担当者までお知らせください。

(1) 立会い者並びに日程調整の電話番号

(基本的には立会い者と日程調整させていただきます。
立会い者以外と日程調整する場合、立会い者に調査日時をお伝えいただきますようお願いいたします。)

| | | | |
|--|-----------------|-----|---|
| | 本人 | | ① |
| | (フリガナ) 立会い者: | 続柄: | ☎ |
| | (フリガナ) 上記以外: | 続柄: | |
| | | | ② |
| | | | ③ |

(2) 日程調整の電話対応が可能な時間帯

(「いつでもよい」にご協力ください。「指定」の場合は、時間設定を長くしてください。)

| | | | | | |
|--|--------------------|--|-----|-----|-----|
| | いつでもよい(8:30~16:30) | | 指定: | 時 ~ | 時の間 |
|--|--------------------|--|-----|-----|-----|

(3) 訪問調査先(住民票と異なる場合のみ)、及び調査にあたっての留意点

(入院中の場合は部屋番号までご記入ください。)

| | | |
|-------|-------|-----|
| 訪問調査先 | (☎) | 留意点 |
|-------|-------|-----|

(4) 現在のサービス等利用状況 (曜日に○又は午前・午後をご記入ください。)

| | サービス | 事業所 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|----------|------|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 通所系サービス | | | | | | | | | |
| 訪問系サービス | | | | | | | | | |
| その他(透析等) | | | | | | | | | |

(5) 主治医への受診状況

(診察時、介護保険の申請をしている旨を主治医にお伝えください。)

| | | | |
|--|--------------|--|------------------------|
| | 1か月以内の受診がある。 | | しばらく受診していない。(月 日受診予定) |
|--|--------------|--|------------------------|

(6) 認定結果通知先(資格者証・被保険者証・新規申請の場合の負担割合証含む)

(住民票の住所以外に送付、あるいは窓口での受け取りの場合のみご記入ください。)

| | | | |
|-----|---|-----|----------|
| 通知先 | 宛名 (氏名・施設名) | | 被保険者との関係 |
| | 住所 | 〒 - | |
| 理由 | () 施設入所・入院等により不在 () 郵便物の管理が困難 () その他() | | |

※ **介護保険被保険者証と医療保険被保険者証**をお持ちください。
(介護保険被保険者証は申請の際に回収いたします。)