

次回受診予定	月	日
受診間隔	週に	回
	月に	回

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

砥部町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 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 記号・番号		記号												番号												枝番		
	フリガナ												生年月日																	
	氏 名												性 別																	
	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																											
			有効期間										から																	
	変更申請の 理 由																													
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院又は入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年 月 日		～		年 月 日											
介護保険施設等の名称等・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														
医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日		～		年 月 日														
有 ・ 無												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、主治医意見書、砥部町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、砥部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、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。

町 確 認 欄	課長	課長補佐	係長	係	担当

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

※裏面にも記入してください。

訪問調査連絡票（区分変更）

本人の 所在等	入院機関名 入所施設名	(病棟)
	訪問調査先住所	
	電話番号	
	同居人の有無	有 ・ 無（独居）
訪問調査 日程調査 に係る連 絡先	フリガナ	
	氏 名	
	続 柄	
	連絡先	
	連絡がつく時間帯	
	調査日程	・ いつでもよい ・ 希望日がある（土・日・祝日を除く） 候補日を3日間程度記入してください
	調査に同席	希望あり ・ 希望なし
現在介護保険サービスを利用していますか	1. 利用している 2. 利用していない どちらかに○を付けてください。	
利用している場合は、サービスの種類を記入してください		
現在の身体状況		
連絡事項		
代 行 事 業 所 名 (代行申請時のみご記入ください。)	事業所名 _____ 担当者名 _____ (TEL _____)	