

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

中野市長あて

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	年	月	日							
	氏名											性別	男	・	女							
	住所	〒																				
		電話																				
	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	年 月 日 から					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 ▼ 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												
		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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）																	
	住所	〒																	
		電話																	

主治 医	主治医の氏名											医療機関名								
	所在地	〒																		
		電話																		

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

医療保険者名											医療保険被保険者証記載番号								
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、中野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また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

裏面も御記入ください。

▲署名をお願いします

以下の情報は、認定調査を行う際に必要となりますので、
必ずご記入くださるようお願いいたします。

※ご記入いただいた情報は、介護認定業務の遂行以外の目的には使用いたしません。

①デイサービスやデイケアを利用していますか？ ・している ・していない

※以下は〔している〕に○を付けた方のみお答えください。

▽ どこに通っていますか？ 場 所 _____

▽ 何曜日に通っていますか？ 日 月 火 水 木 金 土

②上記以外で利用しているサービスに○を付けてください。

- ・訪問介護（ホームヘルプ）
- ・訪問入浴介護
- ・訪問看護
- ・訪問リハビリ
- ・居宅療養管理指導
- ・ショートステイ
- ・特定施設入所者生活介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- ・福祉用具貸与（レンタル）
- ・介護老人福祉施設（特養）
- ・介護老人保健施設（老健）
- ・介護療養型医療施設
- ・その他（ _____ ）

③過去3か月以内に受診した病院を教えてください。

※申請書(表面)に記載した医療機関・医師以外で受診があった場合のみご記入ください。

病 院 名	医 師 名

④日中(8:30~17:15)につながる連絡先を教えてください。

▽どなたに連絡すればいいですか？ 名前 _____

続柄 _____

電話 _____

▽何時頃連絡すればいいですか？ _____

⑤日常生活で困っていることや身体状況等についてご記入ください。

◎これまで、地域包括支援センターの職員による相談や何らかの関わり等ありましたか？

・ある (名前: _____) ・ない

受付: