

介護保険 要介護認定変更申請書

有田川町長様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 險 者	被保険者番号				個人番号			
	医療 保険	保険者名			保険者便号			
		被保険者 記号・番号	記号		番号			枝番
	フリガナ				生年月日		明・大・昭 年 月 日	
	氏名				性別		男・女	
	住所		〒 643 - 和歌山県有田郡有田川町大字		番地		電話番号 0737 - -	
	家族連絡先 住所・氏名		〒 -		電話番号 - -		携帯番号 - -	
	調査連絡先							
	前回の要介護 認定の結果等 *要介護・要支援更 新認定場合のみ記入		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							
過去6ヶ月間の 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）		
	住所	〒 -	電話番号	- -

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	住所地	〒 -	電話番号	- -

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、及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援業者、居宅サービス事業者、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。

また、自ら要介護状態となることを予防するため、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、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めます。

本人氏名

代理人氏名

裏面も記入をお願いします。

裏面(申請者の情報) 受付事務、訪問調査を円滑に実施するためご協力をお願いします。			
申請の種別	変更		
新規申請の場合の 申請理由	利用希望サービス	訪問系 通所系 短期入所 住宅改修 福祉用具 施設入所 その他()	
	理由		
	主な既往歴		
調査場所	自宅(独居 高齢者のみ世帯 家族同居)	世帯主氏名()	
	自宅外()		
	施設()		
	病院()		
立会の有無	有	無	
立会者	氏名		
	連絡先	電話番号()	
	連絡時間帯	~	
介護サービスの利用状況	介護(介護予防)サービス (生きがいデイサービス しみず園エクササイズ 生活管理指導員派遣事業		
本人の状況	* 更新申請の場合は、変化がない時は記載の必要がありませんので変化無に○をお願いします。		
	更新の場合、前回との比較		変化有 変化無
	歩行状態	独歩 伝い歩き 杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 その他()	
	視力	問題なし 視力障害有り	
	聴力	問題なし 難聴	
	意思の伝達	問題なし 問題あり()	
	認知症等困っている状況		
その他	事前に調査員に伝えておきたいこと等		