|  |
| --- |
| **介護保険　要介護・要支援認定変更申請書** |

多度津町 様

申請年月日　令和　　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 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、介護医療院） | | |
| 申請者住所 | 〒　　－  電話番号　　　　－　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 携帯番号　　　　－　　　　－ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |  | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | 性 別 | | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | 〒764-  多度津町  電話番号　　　　－　　　　－  携帯電話　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、  医療機関等への入院、入所の  有無  有・無 | | 名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所 在 地 | 〒　　－  電話番号　　　　－　　　－ | | |

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、多度津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。

本人氏名

（代筆者名）

|  |  |
| --- | --- |
| 市 町 村 確 認 欄 | |
| 証の回収 | 介護保険資格者証受領者 |
| 有　　・　　無 | 本人・家族・その他（　　　　　） |

訪問日時の調整に必要ですので、下記の項目について記入（□はチェックを入れる）を

お願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | □本人  □その他　　：　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　）  　　　　　　電話番号（自宅）  　　　　　　　　　　（携帯電話）    　　　　□いつでもよい　　　　□連絡のつく時間帯  　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　時頃) |
| 訪問先住所 | □本人自宅　　　　　　　　　　　　　　駐車場[ 有・無 ]  □その他　　訪問先名：  　　　　　　訪問先住所：  　　　　　　訪問先電話番号 |
| 調査時に  同席される方は  いますか？ | □いない（本人のみ）  □いる　　同席者名：　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　） |
| サービス  利用状況 | □サービス名  □利用している曜日  （月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日）　（　午前　・　午後　） |
| 申請理由 |  |
| 備考 | ※入退所予定、入退院予定日等  本人の承諾有無　 有 □　　無 □ |

※結果通知等は住所地に送付致します。