

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

東海村長 様

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	明・大・昭		年	月	日	
	氏名	〒						性別	男		・	女		
	住所	〒												
		電話番号												
	家族等連絡先	氏名 ()						電話・携帯 ()						
	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	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							
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		
	所在地	〒					電話番号	

第二号被保険者(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号番号		
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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、東海村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

東海村 要介護認定申請事前調査票

ア. 介護サービス利用の希望はありますか。

無 有 ()

イ. 認定調査の希望場所を記入してください。

自宅
自宅以外 ()
 ※自宅以外の場合は、記入してください。(医療機関の場合は、病棟名・病室番号まで)

ウ. 調査訪問時に認定申請者が十分に自分の状態を調査員に説明できますか。

できる できない **できない理由** うまく話せない 視力・聴力に問題がある
認知能力に問題がある

エ. 認定調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

被保険者本人
本人以外 (氏名: 続柄: 電話番号
 号)

オ. 認定調査に際し、同席の方はいますか。

無
有 (氏名 続柄)

カ. 訪問調査の希望日時を記入してください。(調査には30分程度を要します。)

曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日
時間帯	<input type="checkbox"/> ①9:30~10:00 <input type="checkbox"/> ②10:30~11:00 <input type="checkbox"/> ③13:30~14:00 <input type="checkbox"/> その他 ()				

キ. 申請に至った経緯と認定調査に関して伝えたいことがあれば、記入をしてください。

※ 更新申請で前回の認定時と状態に変化がない場合を除き、できるだけ記入してください。

記入者 続柄