

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

下松市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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 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		〒										電話番号																													
	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		<input type="checkbox"/> 状態悪化										<input type="checkbox"/> その他（																				）									
	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		介護保険施設の名称等・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・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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、下松市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、下松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、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。また、更新申請の場合、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※介護保険被保険者証(青色)を必ず添付すること。

資格者証	主治医	納付状況	調査員

## 認定調査連絡票

☆この調査票は、認定調査員が訪問調査に伺う際の参考にさせていただきますので、記入にご協力ください。項目を○で囲むか□に✓をしてください。

※認定結果は、通常、住民票上の住所に送付します。送付先変更を希望する場合は、別途、送付先変更の届出が必要となります。

<b>認定調査 連絡先</b>	氏名 <span style="float: right;">本人との続柄 ( )</span> TEL 調査立会希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (立会者氏名 ( ) ) <span style="float: right;">立会者と本人との続柄 ( )</span>									
<b>電話連絡 希望時間</b>	時頃      ・      いつでもよい									
<b>訪問先</b>	自宅 ・ 病院 ・ 施設 家族宅等 (住所 ( ) )									
<b>認定調査の 日程について (都合の悪いと ころに×)</b>	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
<b>調査の留意点</b>	※調査対象者の前でできない話 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> がん等の告知されていない疾病 ( <input type="checkbox"/> 末期がん ) <input type="checkbox"/> 本人の認知機能について <input type="checkbox"/> その他 ( )									