

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

大槌町長 様

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		申請年月日	年 月 日
	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒		
	提出代行者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		
電話番号				
印				

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	住所	〒			
	現在の認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 有効期限 年 月 日 から 年 月 日			
	変更申請理由				
	過去6ヵ月の入所・入院	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	介護保険施設及び医療機関の名称・所在地等	期間 年 月 日～ 年 月 日	

訪問調査	実施場所	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	※自宅以外の場合（入院中の場合、病棟名・階・号室まで記入下さい）	〒		
	日程調整先	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他		
	フリガナ		被保険者との関係	
氏名		電話番号		

主治医	医療機関名		主治医の氏名	
	住所	〒		
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			

介護認定情報の提供等に関する同意事項

- 1. 介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）及び主治医意見書に記載された情報を地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設等に提供すること。
- 2. 主治医意見書に記載した医師から要望があるときは、要介護・要支援認定の認定結果及び認定有効期間に係る情報を同医師に提供すること。
- 3. 要支援1又は要支援2に認定された場合は、申請書に記入された情報並びに認定結果及び認定有効期間に係る情報を地域包括支援センターに提供すること。
- 4. 施設や病院等内で訪問調査を実施するときは、施設や病院等内の職員から、被保険者の心身の状況等について聴取すること。
- 5. 更新申請に係る要介護認定・要支援認定が、認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために30日を超えてなお要する期間及びその理由の通知（延期通知）を省略すること。

私は、介護認定情報の提供等に関する上記の項目に同意します。

被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄 _____