介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

杵築市長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | | | | | | | |  | | | | | | | | | 申請年月日：　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  | 個人番号 | | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 医療保険者名 |  | | | | | | | | | | | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定結果通知書  及び被保険者証送付先 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | （※上記住所以外に送付先を指定する場合に記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （住所） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛名） | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | | 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 | 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 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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） | |
|  | |
| 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、杵築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。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ることを誓約します。

本人氏名