

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

川南町長 様

次のとおり申請します。 ※ 太枠のみご記入下さい。

申請年月日 平成 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	〒 川南町大字 (振興班名)											TEL	-						
	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																		
	※要介護・要支援更新認定申請のみ	有効期限	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日									
	過去6ヶ月間で病院や施設に入院・入所の場合	名称											平成	年	月	日	～	平成	年	月
名称												平成	年	月	日	～	平成	年	月	日

申 請 者	認定を受ける方との関係	<input type="checkbox"/> 本人・家族等 (続柄) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他(グループホーム・小規模多機能)																
	氏名又は事業者名	<div style="text-align: right;">(印)</div>																
	住所	〒 TEL ( ) -																

主 治 医	主治医の氏名 (フルネーム)											医療機関名						
	所在地	〒 TEL ( ) -																
	最終受診日	平成	年	月	日	今後の受診予定	有 ( / ) ・ 無											

2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																	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、川南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、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

(印)

# 区分変更申請時連絡票

被保険者名	
-------	--

介護保険 要支援認定・要介護認定の変更を行う主な理由を記入して下さい。  
 ※心身の状況の変化その他の当該申請を行う原因となった事由

記入者氏名 ( ) ※記入者は本人または申請をされた家族・ケアマネージャー
---------------------------------------

希望するサービス、または現在受けているサービスを記入してください	在宅	<input type="checkbox"/> 通所(介護・リハ) 事業所名 _____ 月 回 曜日 <input type="checkbox"/> 訪問(介護・リハ・看護) 事業所名 _____ 月 回 曜日 <input type="checkbox"/> ショートステイ 事業所名 _____ 月 日 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (用具の種類) <input type="checkbox"/> 住宅改修 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入(6ヶ月以内)(
	施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 療養病床等 <input type="checkbox"/> 有料ホーム
	その他	<input type="checkbox"/> 小規模多機能

調査先	自宅・施設・病院等		入院中の場合は記入してください	病棟	
	住所			入院日	平成 年 月 日
	電話番号			退院予定日	平成 年 月 日・未定

立会	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----	----------------------------	----------------------------

認定調査	立会される場合	立会人	氏名 _____ 続柄( ) 住所 ( <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ )
		電話番号	_____
		昼間連絡が取れる電話番号	_____

調査できない日に×をつけてください(受診・通所などの都合も含む)		月	火	水	木	金
	午前					
	午後					

認定の結果・保険証の送付先	結果通知書	
	保険証	

※送付先がご家族の場合は宛名と住所を記入してください。