介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

大阪府豊能郡能勢町長 様

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　　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	
	医療保険 被保険者証	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　令和　年　月　日　から　令和　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	
	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、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、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

介護保険訪問調査にあたって

〇訪問調査を迅速・正確に行うため必要な事項ですので、記入についてご協力をお願いします。

フリガナ	
本人氏名	

１．訪問調査は自宅での調査でよろしいですか。

※自宅での調査が基本となります。入院・入所されている場合は施設での調査となります。

※入院・入所されている場合は、病院・施設名等を記入してください。

↓　（該当部分に〇をし、その内容を記入してください）

自宅（＝介護保険者証記載の住所）
病院・施設（名　　称：　　） （所 在 地：　　） （電話番号：　　）

２．調査の当日に、同席される予定の方がいますか。

※認定調査は要介護認定に重要な情報となりますので、できる限り同席をお願いします。

はい （同席者氏名：　　） （本人との関係：　　）（昼間連絡先：　　）
いいえ

３．訪問の日程調整はどなたとすればよろしいですか。

本人
同席者
同席者以外の家族 （家族氏名：　　） （本人との関係：　　）（昼間連絡先：　　）
その他 （事業者名・氏名等：　　） （本人との関係：　　）（昼間連絡先：　　）
日程調整の電話連絡がとりやすい時間帯があれば記入してください。 （　　）

４．その他、調査希望日など、調査にあたり伝えておきたいことがあれば記入してください。