

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

守山市長 あて

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 | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | 性 別 | | |
| | 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 |
| | | 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| | 変更申請の理由 | | | | |
| 過去6ヵ月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無(短期入所を除く) | 介護保険施設の名称・所在地 | 期間 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| | 介護保険施設の名称・所在地 | 期間 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| | 医療機関等の名称・所在地 | 期間 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| | 有 ・ 無 | 医療機関等の名称・所在地 | 期間 年 月 日から 年 月 日まで | | |

| | | | |
|---------|--|--------|--|
| 提出者氏名 | | 本人との関係 | |
| 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 | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|------|--|-------|--|----|--|----|--|----|--|
| 医療保険 | 保険者名 | | 保険者番号 | | 記号 | | 番号 | | 枝番 | |
| 特定疾病名 | | | | | | | | | | |

※医療保険欄は、守山市で医療保険被保険者番号等を公簿等によって確認することができる場合は記入不要

※特定疾病名については、第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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、主治医意見書、守山市が提供を受けた介護サービス計画および介護予防サービス計画ならびに居宅サービス事業者また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、守山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も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また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。

被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄 _____)

※市処理欄

| 受付 | 保険証 | 資格証 | 意見書 | 調査 | 照合 | 開示 | 備考 |
|----|-----|-----|-------------|-------------------|----|----------------------------|----|
| | 済・未 | 済・未 | 依頼診断提出 / マデ | / () : 調査員() | | 本人・事業者 医師・調査員 その他() | |

下記事項は、介護保険課から要介護認定調査の訪問日等を、電話で連絡する時に参考にさせていただくものです。記入もれのないようにお願いします。

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 平日の昼間に連絡のつく時間帯 電話番号（携帯でも可） | 月・火・水・木・金曜日の 時～ 時なら可 電話番号 携帯番号 |
| 連絡する家族等の氏名 | (本人との続柄) |
| 調査場所 (住民票上の住所以外の場合のみ記入) | |
| 調査時に家族等の同席 | ある（同席者氏名： ）（続柄 ） ない |
| デイサービス、デイケアを利用している曜日 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金曜日 |
| 主治医意見書は医師に提出しましたか。 | 月 日 提出 済 ・ 予定 |

連絡先 介護保険課 077-582-1127