

調査員名	
調査日時	月 日 時 分
収 納	完 ・ 滞

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕区分変更申請書

八幡浜市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 険 者	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													
		被保険者証	記 号					番 号					枝 番							
		フリガナ					生年月日	年 月 日 (歳)												
		氏 名					性 別	男 ・ 女												
		住 所	〒 - 八幡浜市				電話番号 () -	行政区 ()												
		前回の要介護 認定の結果等 ※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2												
		変更申請の 理 由 等	<input type="checkbox"/> 被保険者の状態の変化による <input type="checkbox"/> その他 ()																	
		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・医療機関の名称等・所在地				期 間													
		有・無					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・居宅介護支援事業所・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 () -												

認定結果通知書送付先住所 ※被保険者住所以外に送付 希望の場合にのみ記入	〒 -	電話番号 () -															
	(住所)	(本人との関係)															

主 治 医	主治医の氏名					医療機関名													
	住 所	〒 -				電話番号 () -													

2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・要支援認定に係る調査内容、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、八幡浜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。

被 保 険 者 署 名

代 筆 者 氏 名

(続柄)

《被保険者番号》

《被保険者氏名》

<p>申請申込者</p>	<p>フリガナ 《氏名》 _____ 《続柄》 _____ ※連絡事項があれば記入してください。 〔 _____ 〕</p>
<p>サービス利用状況 また、サービス利用希望</p>	<p><input type="checkbox"/> 訪問介護 _____ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <small>《事業所名》 _____ 《事業所名》 _____</small> <small>《利用状況》 _____ 《利用状況》 _____</small> _____ _____ <input type="checkbox"/> ショートステイ _____ <input type="checkbox"/> レンタル（種目） _____ <small>《事業所名》 _____</small> <small>《期間》 _____</small> <input type="radio"/> その他サービスがある場合は、事業所名・サービス利用時間等を記入して下さい。 〔 _____ 〕</p>
<p>本人の現在の状況、増やしたいサービス等</p>	
<p>調査時の同席の有無</p>	<p><input type="checkbox"/> 同席なし <input type="checkbox"/> 次の者が同席します フリガナ _____ 《続柄》 _____ 《住所》 _____ 《電話番号》 _____ 《携帯番号》 _____</p>
<p>調査日時の調整連絡先</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人の自宅 <input type="checkbox"/> 同席者の連絡先 <input type="checkbox"/> その他の連絡先（入院中、ショート利用中等の場合は施設名も記入してください） _____ 《施設名》 _____ フリガナ _____ 《続柄》 _____ 《住所》 _____ 《電話番号》 _____ 《携帯番号》 _____ <input type="radio"/> 連絡する時間 <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> お昼 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他 〔 _____ 〕</p>
<p>調査日時について</p>	<p><input type="checkbox"/> いつでも良い（特に希望日はありません） <input type="checkbox"/> 次の日時は都合が悪い _____ <input type="checkbox"/> 次の日時は都合が良い _____ 〔 _____ 〕 _____ ※連絡事項があれば記入してください。 〔 _____ 〕</p>
<p>調査実施場所</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人の自宅（被保険者証に記載の住所） <input type="checkbox"/> 本人の自宅以外（親族の家など） フリガナ _____ 《続柄》 _____ 《住所》 _____ <input type="checkbox"/> 本人の入院先、ショート利用先等 _____ 《施設名》 _____ 《部屋番号》 _____ <input type="checkbox"/> その他の希望場所 〔 _____ 〕</p>
<p>介護保険以外のサービスの有無</p>	<p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 〔 _____ 〕</p>
<p>認定結果について</p>	<p>認定の結果、要支援認定又は非該当となった場合に八幡浜市地域包括支援センターへ情報提供することについて <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません</p>
<p>その他特記事項</p>	
<p>市受付者</p>	<p><input type="checkbox"/> 郵便で受付 <input type="checkbox"/> 窓口で受付 <input type="checkbox"/> その他 〔 _____ 〕</p>