

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

調査員	
調査日	/ / :
収 納	完納 ・ 未納

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										
	氏 名										性 別										
	住 所										電 話 番 号										
	前回の要介護 認定の結果等										有効期限 から										
	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										介護保険施設等の名称等・所在地					期 間					
	有 ・ 無										医療機関等の名称等・所在地					期 間					

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										

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、主治医意見書、八幡浜市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又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、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、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若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又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。

認定結果送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 居宅
	<input type="checkbox"/> 家族宅 〒	
様方		

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

認定調査に係る確認事項等

《被保険者番号》		《被保険者氏名》	
申請申込者	フリガナ 《氏名》		《続柄》
	※連絡事項があれば記入してください。		
サービスの利用状況または利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 [事業所名称] [利用状況]	<input type="checkbox"/> デイサービス [事業所名称] [利用状況]	<input type="checkbox"/> デイケア
	<input type="checkbox"/> ショートステイ [事業所名称] [期間]	<input type="checkbox"/> レンタル (種目)	
	<input type="checkbox"/> その他サービスがある場合は、事業所名称及びサービス利用時間等を記入してください。 (.....)		
本人の現在の状況、増やしたいサービス等			
調査時の同席の有無	<input type="checkbox"/> 同席なし <input type="checkbox"/> 次の者が同席します		
	フリガナ 《氏名》		《続柄》
	《住所》		
	《電話番号》		《携帯番号》
調査日時 の調整 連絡先	<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 《氏名》		《続柄》
	《住所》		
	《電話番号》		《携帯番号》
○連絡する時間帯			
<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 (.....)			
調査日時について	<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。 [.....]		
調査実施場所	<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 《氏名》		《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			
介護保険以外のサービスの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
認定結果について	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		
その他特記事項			
市受付者	<input type="checkbox"/> 電話で受付 <input type="checkbox"/> 窓口で受付 <input type="checkbox"/> その他 [.....]		