

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更 申請書

信濃町長様

この件に関する連絡先

住所:

氏名:

連絡先:

被保険者との関係:

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	明・大・昭					年	月	日						
	氏 名												性 別	男					・	女							
	住 所		〒 信濃町大字										(集落名)										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								
	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	〒																	

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、信濃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、認定調査に従事した調査員に又は災害時の救助情報として必要時、関係機関に提示する事に同意します。

本人氏名

介護申請におみえの方へ

ご本人のお体のようすを教えてください。

- 1 現在どこで生活されていますか。 [在宅 ・ 入院（入所）] { [退院日：]
[施設名：]
- 2 杖などで歩くことはできますか。 [はい ・ いいえ]
- 3 食事は自分で食べられますか。 [はい ・ いいえ]
- 4 お風呂はひとりで入られていますか。 [はい ・ いいえ]
- 5 トイレは自分でできますか。 [はい ・ いいえ]
- 6 認知症や物忘れで家庭生活で困ったことが生じていますか。 [はい ・ いいえ]

7 特に困っていること、希望されることがありましたらお書きください。

- 8 希望されるサービスに✓をしてください。
- ☐ 週に1回程度外出し、他者と交流をしたい（デイサービスなど）。
- ☐ ヘルパーによる訪問支援を受けたい。
- ☐ 住宅に手すりをつけるなどの住宅改修をしたい。
- ☐ ポータブルトイレなどの福祉用具を購入したい。
- ☐ 短期入所介護（ショートステイ）を利用したい。
- ☐ その他（ ）