

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

多賀城市長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者 (認定を受けようとする方)	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 記号・番号	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		()										
	訪問調査先												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 経過的要介護 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・介護医療院）																
	住 所	〒										電話番号		()				

主治 医	フリガナ											医療機関名											
	氏 名																						
	所 在 地	〒										電話番号		()									

※下記の欄は、第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入し、健康保険被保険者証を添付してください。

特定疾病名 (介護が必要になった原因の病名)										
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、多賀城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。

収 受										
	被保険者証回収 資格者証発行									

本人氏名 _____

確認事項票

申請区分	☐ 新規
	☐ 変更
	☐ 更新

被保険者	受付番号	
	被保険者番号	

※太枠の中をご記入ください

①現在の本人の状況

[介護保険のサービス]

☐ 利用している

☐ 利用していない

↓
(サービス内容:

)

担当事業者・ケアマネジャー (

)

・自分の思っていることを伝えることができますか

☐ できる

☐ できない

・もの忘れ等がありますか

☐ あり

☐ なし

・家族の皆さんが気になっている事、調査の際に配慮してほしいことがあれば、記入してください。

(

)

②調査に対する希望等(※必ずご記入願います。調査は連絡後、うかがいます)

[調査先]

☐ 自宅(被保険者宅)

☐ その他()

↓

訪問先住所:

電話番号:

[調査先の駐車場の有無] ☐ 有 ☐ 無

[都合の悪い曜日]

☐ 月

☐ 火

☐ 水

☐ 木

☐ 金

☐ 特になし

[希望時間帯]

☐ 午前

☐ 午後

☐ 特になし

③立会いする方を記入してください。

	立会者	主介護者
氏 名		
続 柄		
住 所		
電 話		
連絡可能な時間帯		

※必ず連絡の取れる連絡先(携帯電話など)をご記入ください。

<備考欄>

受付者

被保険者証回収

資格者証発行