介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

第１０号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 葉山町長 様  次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | 介護保険  被保険者番号 | 5 |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | 個人番号 | | | | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 医療保険  ※40歳から64歳のみ記入 | 保険者名 | | | | | | |  | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | | | | 記号 | | | | | |  | | | | | 番号 | | |  | | | | | | 枝番 | | | | |  | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 性 別 | | | | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 令和 年 月 日から令和 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  **・**  氏　名 | 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）  担当者（　　　　　　　　　） |
| 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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。葉山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。

本人氏名

葉山町介護保険　認定調査連絡票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険認定調査を円滑に実施させていただくために、下記の項目について、ご記入いただきますようお願い申し上げます。 | | | | | | | | | | | 整理番号 |  | |
| 申請日 |  | |
| 担当係員 |  | |
| ご　　本　　人 | 現住所 | 葉山町 | | | | | | | | | | | |
| ℡ | － － | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | フリガナ | | | | | 男・女 | | 明治  　大正 年 月 日  　昭和 （ 歳） | | | | 同居家族 |
|  | | | | | 有　・　無 |
| 現在の状況 | | □　在　　宅  □　入院中（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　棟　　　　　号室）  □　入所中（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 認定調査連絡先 | 氏　名 | フリガナ | | | | | | 調査同席 | | 認定調査に同席されますか。  □ 同席する  □ 同席しない（電話報告: 要 ・ 不要 ） | | | |
|  | | | | | |
| 続　柄 | ご本人との続柄・関係 | | | | | | 住　所 | | ご本人と別居の場合 | | | |
| 連絡先 | 自　　　宅 － －  勤務先等 － － 勤務先名称:  携帯電話 － － | | | | | | | | | | | |
| 調査希望日 | ※決まってご都合の悪い曜日があれば×印をつけてください。 | | | | | | | 備考欄 | |  | | | |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | |
| 午前 |  |  |  |  |  | |
| 午後 |  |  |  |  |  | |
| 関連事項 | ご自宅（調査先）付近に調査員用の車を駐車するスペースがありますか。  □　ある 　　　　　　　　　　□　ない  認定調査結果送付先  □　ご本人宅　　　　　　　□　その他 　　〒  様 | | | | | | | | | | | | |

※ この連絡票は、要介護認定申請時に申請書とあわせてご提出ください。

※ 認定調査には、お伺いする調査員が必ず事前に電話等で日時等のご連絡をいたします。

※ 認定調査には、町職員の他、町が委託した居宅介護支援事業所の介護支援専門員等がお伺いする場合があります。