

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

古座川町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 者	被保険者番号																				個人番号																					
	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																						
	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	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日																															
	変更申請の理由																																									
者	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）																																				印
	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

医療保険者名																			医療保険被保険者証 記号番号																			
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、古座川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。

裏面もご記入ください。

本人氏名

訪問調査連絡票

この連絡票をもとに調査員が直接電話にて連絡のうえ、訪問調査日時をご相

被保険者番号						被保険者氏名					
<p>調査日時相談者 〔相談者より本人及び同席者への調査日時の連絡をお願いします。〕</p>						フリガナ氏名			被保険者との関係		
						TEL 自宅			<input type="checkbox"/> 本人		
						職場			<input type="checkbox"/> 家族 続柄 ()		
						携帯			<input type="checkbox"/> ケアマネージャー		
同席の有無						有 ・ 無			<input type="checkbox"/> その他 ()		
						※必ず☑を入れてください。					
訪問調査先 〔住民票と違う場合のみ〕		入院、入所先				() 号室)					
		〔病院、介護保険施設、ケアハウス等施設に入所している場合。〕									
		住所				() 方					
〔マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入ください。〕											
		電話番号									
同居人の有無						有 ・ 無 (独居)					
<p>調査日時相談者以外の同席を希望される方のみ ご記入ください。</p>						フリガナ氏名			被保険者との関係		
						TEL 自宅			<input type="checkbox"/> 家族 続柄 ()		
						職場			<input type="checkbox"/> ケアマネージャー		
						携帯			<input type="checkbox"/> その他 ()		
						※同席が2名以上になる場合は備考欄にご記入ください。					
<p>代行事業所 〔代行申請の場合のみご記入ください。〕</p>		事業者名									
		フリガナ被保険者担当者名				TEL					
備考											
〔調査時に留意して欲しいことや都合の悪い曜日などがあればご記入ください。〕											

※ 調査スケジュールの都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

古座川町長 様

次のお通り申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 者	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ	コザガワ タロウ		生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日
	氏名	古座川 太郎		性別	男 ・ 女
	住所	〒 和歌山県東牟婁郡古座川町〇〇××番地 電話番号 0735-〇〇-〇〇〇〇			
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	平成 年 月 日 から 平成 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	施設等の入所ありの場合のみ記入		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

提出 代 行 者	名称	該当に〇（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）		
	住所	〒	電話番号	印

家族等による代理人申請の場合も記入

事業者代行の場合のみ押印

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇医院
	所在地	〒 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		

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

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
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、古座川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。

裏面もご記入ください。

本人氏名 古座川 太郎

本人記入

訪問調査連絡票

この連絡票をもとに調査員が直接電話にて連絡のうえ、訪問調査日時をご相

被保険者番号										被保険者氏名									
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	古座川 太郎									
調査日時相談者 (相談者より本人及び同席者への調査日時 の連絡をお願いします。) 調査当日に同席するなら 有に○してください。										フリガナ ヨザガフ ジロウ 氏名 古座川 次郎					被保険者との関係				
										TEL 自宅 0735-00-0000 職場 0735-xx-xxxx 携帯 090-△△△-△△△△					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 続柄 (弟) <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他 () ※必ず☑を入れてください。				
訪問調査先 (住民票と違う場合のみ)										入院、入所先 (病院、介護保険施設、ケアハウス等施設に入所している場合。) 古座川〇〇病院 (〇棟〇〇 号室)									
										住所 (マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入ください。) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 古座川町〇〇××番地 () 方									
										電話番号									
同居人の有無										有 ・ 無 (独居)									
調査日時相談者以外の同席を希望される方のみ ご記入ください。										フリガナ カゴ ハナコ 氏名 介護 花子					被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 家族 続柄 () <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他 () ※必ず☑を入れてください。 ※同席が2名以上になる場合は備考欄にご記入ください。				
代行業務所 (代行申請の場合のみ) ご記入ください。										事業者名 〇〇町地域包括支援センター									
										フリガナ ガナ 被保険者担当者名 包括 三郎					TEL 〇〇-〇〇〇〇				
備考 (調査時に留意して欲しいことや都合の悪い曜日などがあればご記入ください。) 例 火曜日にデイサービスを受けているので火曜日以外で希望します。																			

※ 調査スケジュールの都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。