

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

直方市長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日		令和 年 月 日		
被保険者番号		個人番号				
被 保 険 者	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		〒 電話番号			
	前回の要介護 認定の結果等		要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2	調査 の立 会者	有 ・ 無	立会者の氏名 本人との関係
	* 要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		有効期間 年 月 日 から 年 月 日			
	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等への 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	
	有 ・ 無		医療機関等の名称等・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			
変更申請の理由						

申請者 氏名	本人との関係	
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)	
	事業所番号	
申請者 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2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険の資格情報が必要です。

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、主治医意見書、直方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所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、直方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。

本人署名

代筆者署名 (本人との関係)

(本人署名欄を代筆した場合)

介護保険のサービスを利用しない方は、申請をする必要はありません。

◎ 主治医(表面記載)に最後に受診した日 令和 年 月 日
入院中 ⇒ 退院予定日 令和 年 月 日頃

◎ 駐車場 有 (敷地内・敷地外) ・ 無 []

◎ サービス利用について

☐ 申請により以下のサービスを受けたい

☐ 以下のサービスを利用中

(利用希望または利用中のサービスに○をつけてください。利用中の方は事業所名および利用曜日・時間をお書きください。)

- ・訪問介護 [] ・訪問看護、訪問リハビリ []
・通所介護、通所リハビリ [] ・短期入所 []
・居宅療養管理指導 ・福祉用具貸与 ・福祉用具購入 ・住宅改修
・特定施設入居者生活介護 [] ・認知症対応型共同生活介護 []
・介護保険施設、その他施設 []
・小規模多機能居宅介護 []

※訪問調査の連絡先等(連絡先は昼間連絡のとれるところをご記入ください。)

※認知症等、認知機能の低下がある方の訪問調査は日頃の状態がわかる方の立会をお願いします。

氏名	①本人に同じ ②立会者に同じ ③ その他	本人との関係	電話番号	①
		()		②

住所地以外に生活実態があり、滞在先で調査を受けたい場合は、施設名及び住所等をこちらにご記入ください。

訪問調査を行う時間は平日9:00～15:00までになります。

訪問調査時等特に留意してもらいたい内容・その他連絡事項(該当項目には○をしてください)

重篤な疾病等で配慮が必要な場合 (具体的な疾病名と状態を記載ください)

日程調整時に注意が必要 (注意が必要な内容)

夫婦の同時調査希望 (配偶者氏名)

窓口に来た人	氏名	☐ 申請者と同じ	本人との関係 ()
	住所	〒 電話番号	

直方市 記入欄	上記申請を受付してよろしいか		受付 担当	入力 担当	訪問調査	調査票 送付	意見書 送付	保険者証 回収日	資格者証 交付日
	課長	係長							

※添付書類 ☐ 介護保険被保険者証