

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

鎌ヶ谷市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

		申請者		
被 保 険 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	
	変更申請の理由	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入院、入所の有無	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
			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・介護療養型医療施設・介護医療院)		
提出代行者住所	〒 電話番号： - -		
送付先氏名	続柄		
送付先住所	〒 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： - -	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 医療保険被保険者証等の写しを添付してください。

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正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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、鎌ヶ谷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。

本人又は代理人の署名

市決裁欄

入力日	滞納の有無	締切日	割当調査員	調査予定日	調査条件		調査場所	
/	有・無 / / ~				有 ・ 無		在宅 特養 老健 病院 ()	
課 長		係 長	割当担当	調 査 日	意見書着日	審 査 日	処理完了日	取 扱 者

被保険者証回収

有 ・ 無

主治医への認定結果提示の同意

有 ・ 無

認定調査が円滑に行えるよう、下記項目の記入にご協力をお願い致します。

1 介護認定調査の立会者

被保険者氏名

- 立ち会う。(下記「立会者」欄に記入ください。)
- 立ち会わないが、日程の連絡は必要【電話 様宛】
- 立ち会わないので、連絡は本人へ【電話 】

立会者 (2人以上の場合は、代表者の方)

お名前 () 本人との関係 ()

【自宅電話 】【携帯電話 】

【同居している・鎌ヶ谷市内に住んでいる・()市に住んでいる】

【連絡の取りやすい時間帯 】

2 介護認定調査の日程 (都合の良い曜日・時間帯はいつですか? (いくつでも可))

曜日 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・いつでも良い

時間帯 午前 ・ 午後 ・ どちらでも良い

3 調査場所について

- 自宅 (介護保険被保険者証に記載の住所地)
- 病院 [病院 号室]
- ※退院または転院の予定はありますか 無 有 (月 日頃)
- その他 []

4 普段のご体調、持病、ご状況、認知症の有無などを簡単に記入してください。

()

5 現在の利用サービスの有無 有 無

6 主治医意見書 定期受診 (有・無・入院中) 受診予定日 (月 日)

7 ケアマネジャーについて (わかる範囲でご記入ください)

居宅介護支援事業所、または地域包括支援センターとご契約されている方は、担当事業所名、電話番号、ケアマネジャー名を記入してください。

事業所名 []

電話番号・担当者 []