

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

芳賀郡茂木町長
古口 達也 様

※太枠内を記入してください。
※申請者が被保険者本人の場合、申請者欄は記入不要

次のとおり申請します。

					申請年月日	令和 年 月 日
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		
	被保険者証		記号	番号	枝番	
フリガナ				生年月日		明・大・昭和 年 月 日
氏名				性別		
住所				電話番号 ()-		
被 保 険 者	前回の要介護 認定の結果等		要介護認定区分 1 2 3 4 5 経過的要介護		要支援状態区分 1 2	
			有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
変更申請の理由						
過去6か月間の 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・所在地			期間	令和 年 月 日 ~令和 年 月 日
		介護保険施設の名称・所在地			期間	令和 年 月 日 ~令和 年 月 日
		医療機関等の名称・所在地			期間	令和 年 月 日 ~令和 年 月 日
有・無		医療機関等の名称・所在地			期間	令和 年 月 日 ~令和 年 月 日

(代 行) 申 請 者	名称又は氏名	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)				
	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

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画の作成等の介護保険事業の適切な運用の為に必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、茂木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 _____

介護保険申請時確認事項

申請区分・理由	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 心身の状態悪化 <input type="checkbox"/> 病院(主治医)から勧められた { } <input type="checkbox"/> 更新申請(前回認定からの大きな変化 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ※有の場合は状態を記入 <input type="checkbox"/> 変更申請(心身の状態悪化等) { }																													
現在利用中サービス	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%; background-color: #cccccc;">訪問介護</td> <td style="width: 55%;">利用日:月・火・水・木・金・土・日 時間: ~</td> <td style="width: 20%;">事業所:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #cccccc;">訪問看護</td> <td>利用日:月・火・水・木・金・土・日 時間: ~</td> <td>事業所:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #cccccc;">通所介護</td> <td>利用日:月・火・水・木・金・土・日</td> <td>事業所:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #cccccc;">通所リハ</td> <td>利用日:月・火・水・木・金・土・日</td> <td>事業所:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #cccccc;">短期入所</td> <td>利用日:月・火・水・木・金・土・日</td> <td>事業所:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #cccccc;">福祉用具</td> <td colspan="2">品 目:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #cccccc;">その他</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	訪問介護	利用日:月・火・水・木・金・土・日 時間: ~	事業所:	<input type="checkbox"/>	訪問看護	利用日:月・火・水・木・金・土・日 時間: ~	事業所:	<input type="checkbox"/>	通所介護	利用日:月・火・水・木・金・土・日	事業所:	<input type="checkbox"/>	通所リハ	利用日:月・火・水・木・金・土・日	事業所:	<input type="checkbox"/>	短期入所	利用日:月・火・水・木・金・土・日	事業所:	<input type="checkbox"/>	福祉用具	品 目:		<input type="checkbox"/>	その他		
<input type="checkbox"/>	訪問介護	利用日:月・火・水・木・金・土・日 時間: ~	事業所:																											
<input type="checkbox"/>	訪問看護	利用日:月・火・水・木・金・土・日 時間: ~	事業所:																											
<input type="checkbox"/>	通所介護	利用日:月・火・水・木・金・土・日	事業所:																											
<input type="checkbox"/>	通所リハ	利用日:月・火・水・木・金・土・日	事業所:																											
<input type="checkbox"/>	短期入所	利用日:月・火・水・木・金・土・日	事業所:																											
<input type="checkbox"/>	福祉用具	品 目:																												
<input type="checkbox"/>	その他																													
その他特記事項	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 100px; vertical-align: top;">現在の心身状況について</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">サービス利用希望の有無</td> </tr> <tr> <td style="height: 100px; vertical-align: top;">認知症状について</td> <td style="vertical-align: top;">その他(調査時注意事項等)</td> </tr> </table>	現在の心身状況について	サービス利用希望の有無	認知症状について	その他(調査時注意事項等)	<p>調査立会希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>立会希望者の連絡先</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>電 話 _____ (日中連絡可能な電話番号を記入)</p>																								
現在の心身状況について	サービス利用希望の有無																													
認知症状について	その他(調査時注意事項等)																													