

大洲市介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

大洲市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名 (本人、家族等)	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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)
---------	--

住所	〒	電話番号
----	---	------

被 保 険 者	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			年 月 日
	氏名	性別			
	住所	〒	電話番号		
	主たる介護者の 氏名及び連絡先	(続柄)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	
		有効期間 年 月 日 から		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・医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日		
有・無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日		

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険証(写)を添付してください。

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、大洲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事に同意します。

本人氏名 _____

(市処理欄)

(代筆者氏名) _____

大洲 長浜 脇川 河辺	保険証	受付	意見書		調 査 予 定	審 査 会	判 定	居 宅 ・ 施 設
	有・無		依 頼	返 送				

認定調査訪問連絡票

大洲市

(希望する場所に○をつけてください。) 調査訪問場所	居住地	・表面住所に同じ ※施設の場合は施設名称「 _____ 」	
	グループホーム・老人ホーム等の施設を含む。	・表面住所と異なる場所「 _____ 」 住 所 (マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入下さい。)	
	入院中	電話番号 _____ (_____)方	病院名 _____ (_____ 号室)
	施設入所中	施設名 (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)	
	サービス利用先	サービス事業者名 _____	
調査時の 同席の有無	希望有り	⇒	同席者氏名 _____
	希望無し		同席者住所 _____
備考欄 (サービス状況、その他連絡事項等) ※新規申請のときは、希望するサービスも書いてください。		被保険者との続柄 _____	
※自立のサービス(有・無)	連絡先電話番号	自宅	_____
		職場	_____
		携帯	_____
	調査希望日等 _____		

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

※この連絡票をもとに調査員が直接電話にて連絡しますので、訪問調査日時をご相談下さい。

※調査員記入欄 介護者の状況	同居人 有・無(お1人暮らし)		意見書問い合わせ等 ※市記入欄		
	主たる介護者 有・無	性別			_____
		年齢			_____
	同居の別 同居・別居・別棟	続柄			_____
備考		_____			

保険証等送付先

ライフ/P 処理