介護保険要介護認定変更申請書

高 石 市 長 宛
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）		
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所欄は記載不要

被保険者名	介護保険 被保険者番号												個人番号												
	医療保険	保険者名	□大阪府後期高齢者医療広域連合										被保険者番号												
													保険者番号												
			□高石市（国保加入の方） □その他（　　）										記 号				番 号				枝番				
													保険者番号												
	フリガナ												生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日											
	氏　　名												性 別												
	住　　所		〒 電話番号																						
	現在の要介護状態区分等		要介護状態区分　　要介護　１・２・３・４・５																						
			認定有効期間　　年　月　日　から　　年　月　日																						
	変更申請理由																								
	介護保険施設に入所の場合（短期入所を除く）		入所施設名																						
			所在地																						

主 治 医	医療機関名		主治医の氏名	
	所在地	〒 電話番号		

※1ケ月以内に主治医の診察を受けましたか　　□はい　□いいえ　「いいえ」の場合下記も記入してください
（最終受診日：　　年　月　日　次回受診予定日：　　年　月頃）

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入　　※医療保険証又はコピーを添付

特定疾病名	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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又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

裏面もご記入ください。

<区分変更>

認 定 調 査 に つ い て

要介護認定のために、あなたの心身の状況に関することについて、調査員がお伺いしてお聞きします。 認定調査に先立って、次の事項をお聞かせください。

本人氏名	フリガナ			
日程調整を行う方の連絡先	氏 名		続柄	
	電話番号	①(　　)　　－　　自宅・携帯・その他(　　)		
		②(　　)　　－　　自宅・携帯・その他(　　)		
認定調査時に同席する方	□ いる　（氏名　　続柄　　） □ いない			
認定調査日時について	□ 特にない □ 曜日　〇月曜日　〇火曜日　〇水曜日　〇木曜日　〇金曜日 □ 時間の希望がある（ 午前9時 ～ 午後5時の間 ） 〇午前(　　)　〇午後(　　)			
認定調査場所	□ 申請書記載の住所 （ 自宅 ） □ その他 （名称・住所を下記に記入して下さい） □家族の家等 → 住所 □施設・入院先の方 → 年　月　日から入院・入所している （病院・施設名） □入院先から移る予定がある方 〇転院・入所等 → 年　月　日頃 （転院・入所先） 〇退院予定 → 年　月　日頃			
変更申請理由	区分変更申請をするに至った理由			
利用中のサービス	□ なし □ あり → □ 訪問介護(ホームヘルプ)　□ 訪問看護 □ 通所介護(デイサービス)　□ 通所リハビリ(デイリハ) □ 福祉用具貸与　□ その他(　　)			
ペットの飼育	□ なし　□ あり → (□ 犬　□ 猫　□ その他(　　))			
その他	その他調査について伝えておきたいことがありましたらご記入ください。			