

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

埼玉県南埼玉郡宮代町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	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 記号・番号		記号												番号				枝番																						
	フリガナ												生年月日		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																																		
			有効期限					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		介護保険施設等の名称等・所在地										〒										期間		年		月		日		～		年		月		日					
介護保険施設等の名称等・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								
医療機関等の名称等・所在地										〒										期間		年		月		日		～		年		月		日								
有 ・ 無																								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			

第二号被保険者（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、宮代町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者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、宮代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、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。

本人氏名 _____

■調査場所 _____ [担当記入：調査員 _____ 調査日時 _____ / () :]

申請時 質問票

被保険者氏名 _____

■調査の同席者 氏名 _____ (被保険者との続柄 _____ 電話番号 _____)
■主治医の受診状況 申請日から1か月以内に主治医を受診していますか。 (薬のみの受診を除く。受診がない場合、認定結果を出すことができませんのでご注意ください) <input type="checkbox"/> 受診している (最終受診日 /) <input type="checkbox"/> 受診していない (次回受診日 /)

■申請の理由 (現在困っていること、利用を希望する介護サービスなど) (デイ・デイケア・ヘルプ・訪入浴・訪リハ・訪看護・療看護・療管理、用レンタル・用購入・住改・ショート・施設入所)

■現在の心身の状態

会話は可能か :	その他申請に当たって伝えておきたいこと
本人は申請を 了承しているか :	
退院後の予定・ 希望等 :	
病状の告知の 有無・進行度 :	

■現在の状況

<table border="1"><tr><td>在宅の方 (入院前の状況)</td></tr></table> 介護している方 _____ 定期的に医者にかかっていますか。 病院名: _____ 受診科: _____ 病 名: _____ 通院回数: 月 ・ 週 回	在宅の方 (入院前の状況)	<table border="1"><tr><td>入院中の方</td></tr></table> 病 院 名: _____ 診 療 科: _____ 病 名: _____ 病 室: 病棟 階 号室 担当ワーカー: _____ 退院見込: 令和 年 月 日頃 調査時期の希望: 入院中 ・ 退院後 退院後介護される方 _____	入院中の方
在宅の方 (入院前の状況)			
入院中の方			

-----事務局使用欄-----

認定調査に係る連絡先・希望・その他特記事項
