介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

【大崎町分】

（大崎町長　経由）　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

曽於地区介護保険組合管理者へ次のとおり申請します。

被保険者	介護保険被保険者番号	4 6 8 0		個人番号	
	医療保険 保険者名			保険者番号	
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番
	フリガナ			生年月日	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			
		有効期限　令和　年　月　日から令和　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		
	有　・　無	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	該当に〇（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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、大崎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、大崎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、居宅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

介護保険要介護認定申請等に係る確認事項回答書

被保険者氏名	

［問１］　今回の申請の内容が分かる方はどなたですか？

１　被保険者本人

２　提出代行者（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設）

担当者名	

３　代理人（家族・民生委員・有料老人ホーム・グループホーム等）

↓ **下記に必要事項を記載して下さい。**

代理人	住　所	〒 電話番号（　　）
	氏　名 （名称・担当者名）	被保険者との間柄（　　）

［問２］　被保険者の現在の主な生活の場はどこですか？（調査先について）

１ 自宅（被保険者宅）　２ 表面記載の入院・入所先　３ 自宅以外（家族宅、施設や医療機関等）

↓ **下記に必要事項を記載して下さい。**

調査先	住　所 （所在地）	〒 電話番号（　　）
	氏　名 （施設・病院名）	
	入院（入所）予定先での場合	令和　　年　　月　　日　　入院（入所）予定

［問３］　通院、通所サービス利用時、日ごろ不在で調査できない日がありますか？

	月	火	水	木	金
午　前					
午　後					

調査できない日に×をつけてください。

［問４］　調査員が、被保険者の心身の調査を行う時に家族等の立会いを希望されますか？

１　希望しない　　２　希望する　　３　都合がつけば希望する

↓　↓

立会者	**氏　名**		**被保険者との間柄（　　）**	
	住　所	〒		
	日中の連絡先	☎	**勤務先番号**	☎
	携帯番号	☎	**会　社　名**	

(注)仕事等で日中連絡がつかない場合は、勤務先の番号又は携帯番号の記載をお願いします。

［問５］　申請書を提出するにあたって連絡事項等がありますか？

例：○○ガンと診断されている。余命○年。本人は病名を知らない等。