

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

一次判定	調査依頼	意見書	保険証

竹原市長 様
次のおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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																								
		被保険者証		記号												番号						枝番																
	フリガナ												生年月日		明・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	
	変更申請の理由		有効期間																				年		月		日から		年		月		日					
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 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													
	有・無		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																
		医療機関等の名称等・所在地										期間		年		月		日～		年		月		日														

申請者											本人との関係											
提出代行者	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）																					
申請者住所	〒										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																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ① 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、及び主治医意見書を、竹原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及び提供することに同意します。
- ② また、保険給付の制度等のために必要があるときは、その内容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、若しくは介護保険施設の関係人に提示することに同意します。
- ③ 認定申請から30日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果の通知がされるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※訪問調査の日時、場所について裏面に記載してください。

- 市の職員または委託を受けた介護支援専門員が訪問し、本人(調査対象者)や家族から聞き取り調査を行います。訪問調査の際には、本人と本人の状況をよくご存知の方にできるだけ同席をお願いします。

※同席される方の本人との続柄を必ずご記入ください。

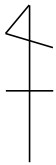
	訪問調査に同席する(同席者の氏名: _____ 続柄: _____)
	訪問調査に同席しない

↑どちらかに○を記入してください。

訪問調査の日時・場所を調整するため、誰に連絡をすればよいかご記入ください
(できるだけ日中連絡の取れる連絡先を記入してください)。

連 絡 先	フリガナ		本人との関係	本人・家族・その他()
	氏名		日中、連絡の とれる電話番号	自宅・携帯・その他() () —

(訪問調査場所の位置図)



竹原市確認欄

個人番号確認	有・無
本人確認(本人・代理人)	有・無
代理権確認	有・無
備考(記載なし)	同意)
システム確認	<input type="checkbox"/>
職権記載	<input type="checkbox"/>

※ 訪問対象者が入院・入所されている場合は、
病院名(施設名)・部屋番号を記入してください。