

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

波佐見町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		0	0	0	0	0						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	大・昭 年 月 日													
	氏 名												性 別	男 ・ 女													
	住 所		〒859-37 波佐見町 郷 番地 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															

申 請 者 氏 名		被保険者との続柄	
申 請 者 住 所	〒 電話番号		
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）		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

第2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、及び主治医意見書を波佐見町から地域包括支援センター、東彼杵郡在宅医療・介護連携支援センター、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ことに同意します。

本人氏名
代筆者氏名

（裏面へ続く）

訪問調査の前に

1. 認定を受ける方の家族構成を教えてください。

一人暮らし 家族と同居 入所（入院）中
（ 病棟 号室）

2. 訪問調査に立ち会っていただける方をご記入ください。

フリガナ

氏 名 （続柄 ）

連絡先 電話 （自宅・自宅外 ）

携帯

連絡が取りやすい時間帯 午前・午後 時 分ごろ

3. デイサービスやデイケアのため、訪問調査に都合の悪い曜日等

はありますか？（該当するものに○）

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 その他（ ）

4. そのほか調査に当たって注意することはありますか？

※新規（区分変更）申請の方にお伺いします。

どのようなサービスを希望されますか？

- ・ 訪問介護（ヘルパーによる身体介護・生活援助） ・ 訪問看護
- ・ 訪問入浴介護 ・ 訪問リハビリ
- ・ 通所介護（デイサービス） ・ 通所リハビリ（デイケア）
- ・ ショートステイ ・ 福祉用具貸与／購入
- ・ 住宅改修 ・ 施設入所

申請に至った主な理由

脳血管疾患	衰弱	転倒・骨折	認知症	リウマチ・関節炎	心臓病	風邪・肺炎	その他

※腰痛・膝痛、廃用症候群などはその他に分類