

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

松前町長 殿

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名			本人との関係			
提出代行者 名称	該当に○(予防支援事業所・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・電話番号は記載不要

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0													個人番号
	医療保険者名												医療保険被保険者証 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								
		有効期間	年				月	日から	年				月	日				
	変更申請の理由																	
介護保険施設入所 の有無 (短期入所を除く)	有	入所施設名																
		所在地																
	無																	

主治医	主治医の氏名												医療機関名					
	所在地	〒											電話番号()-()-()					

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、①要介護認定・要支援認定にかかる調査内容②介護認定審査会による判定結果・意見③主治医意見書を、松前町が以下の者に提示することに同意します。

- 〔 予防支援事業所 ・ 居宅介護支援事業者 ・ 居宅サービス事業者 ・ 介護保険施設の関係人 〕
- 〔 主治医意見書を記載した医師 ・ 認定調査に従事した調査員 〕

また、認定調査において、身体状況や日頃の様子について、施設職員や病院職員等の関係人に聞き取りを行うことに同意します。

本人氏名

訪問調査連絡票

日程の調整	連絡先	1 本人	2 本人以外
	フリガナ		
	氏名		本人との関係()
	住所		
	電話番号		
	(携帯電話)		

訪問先	1 自宅(住民票上の住所)			
	2 入院先	病院名:	病棟	階
		入院日: 年 月 日	退院予定日: 年 月 日	未定
	3 入所先	施設名:		
	入所日: 年 月 日			
4 その他	住所:			
	世帯主:	電話番号:		

調査同席者	1 いない		
	2 いる		
	氏名		本人との関係
	電話番号		
	(携帯電話)		

訪問調査は月～金曜日9:00～16:00にさせていただきます。土日祝日は役場閉庁です。
通院・サービス利用など都合が悪い日や曜日、時間がありましたら2へ記入してください。

訪問日時	1 日程の希望はない	
	2 都合の悪い日時	

本人の状態に該当するものに○を記入し、伝えておきたい状態がありましたら()へ記入してください。

本人の状態	寝たきり	認知症
	その他()	

訪問調査を実施するに当たり、事前に伝えておきたいことがありましたら記入してください。

連絡事項