介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

（宛先）五島市長

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		
	医療保険 被保険者証	記号		番号		枝番
	フリガナ / 氏名			生年月日	明・大・昭　年　月　日	
				性別	男　・　女	
	住所	〒　－　（入所中の施設名　） 電話番号　（　）				
	現在の要介護状態区分等	要介護（　1　2　3　4　5　）・要支援（　1　2　）・事業対象者 有効期間　年　月　日　から　年　月　日				
	申請理由					
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無（短期入所を含む）	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･所在地	期間　年　月　日～　年　月　日		
			医療機関等の名称･所在地	期間　年　月　日～　年　月　日		

申請代理人 提出代行者	名称（氏名）	該当に○（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・その他）	担当ケアマネ・相談員氏名
	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　（　）		

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、五島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することに同意します。

年　月　日

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿　（代筆の場合）代筆者署名＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）

法定代理人等の署名＿＿＿＿＿＿＿＿　（代筆をする理由）＿＿＿＿＿＿＿＿

認 定 調 査 に つ い て

要介護認定のために、あなたの心身の状況に関する項目について、調査員があなたのご家庭などにお伺いしてお聞きします。調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき調査の参考にさせていただきますので、申請の際に本紙を添付してくださいますようお願いします。

１．被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．日程調整を行うときの連絡先

※昼間の時間帯に連絡がとれる電話又は携帯電話の番号を記入してください。

氏名＿＿＿＿＿＿ 被保険者との関係＿＿＿＿＿＿ 電話番号＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

３．訪問調査について

※ご希望に添えない場合もありますのでご了承願います。

① 希　望　日（　　）　※土日、祝祭日を除く

② 都合が悪い日（　　）

③ 駐車スペース　有 ・ 無

４．訪問調査の同席者について（いずれかを選んでください）

※認定調査の際は、被保険者の日頃の生活の様子を、よくご存じの方の同席に配慮願います。

□　同席者あり（氏名＿＿＿＿＿＿ 被保険者との関係＿＿＿＿＿＿ 電話番号＿＿＿＿＿＿）

□　同席者なし

５．介護サービス等の利用状況について（サービスの種類・利用する曜日を〇で囲んでください）

① デイサービス　（　月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日　）

② デイケア　（　月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日　）

③ 訪問介護　（　月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日　）

④ 訪問看護　（　月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日　）

⑤ ショートステイ　（　　）

⑥ 福祉用具レンタル（　　）

⑦ その他のサービス（　　）

６．今回の認定結果の送付先について（住所地以外を希望する場合は必ず記入ください）

〒＿＿＿－＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様方（施設名）　電話番号＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

７．その他の連絡事項・特記事項