

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

会津美里町長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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																
		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																
			有効期限										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									

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・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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、会津美里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、会津美里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、介護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、主治医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

認 定 調 査 に つ い て

要介護認定の為に、あなたの心や身体の状態について、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。

認定調査に先立って、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。

調査時の連絡先

下記の連絡先に日程調整の連絡をいたします。

※土日祝日、平日の9時前、17時以降の調査はお受けできません。ご了承ください。

氏 名	被保険者との関係 ()
電 話 番 号	※平日9時～17時に連絡のとれる電話番号をお書きください
同席の有無	有 (氏名) ・ 無

あなたの意思を調査員に伝えるために、手話通訳等が必要ですか。

- (1) 必要。(具体的にどのような人が必要ですか。)
- (2) 必要ない。

その他認定調査に関して、何か伝えておきたいと思われることや、本人の前では言いにくいことなどがありましたら、その内容をご記入ください。

* 入院・入所や介護保険被保険者証に記載された住所にいないためご自宅で調査ができない場合は枠内に本人の居所をご記入ください。

--

この用紙は、調査員（町依頼先の居宅介護支援事業者等職員）による認定調査において、ご家庭などへの訪問日程をお伺いするためのものです。必ず記入してください。