

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書 **記入**

会津美里町長  
次のとおり申請します。

										個人番号								
被保険者番号								申請年月日		年		月		日				
被 保 険 者	フリガナ	被保険者(介護を受ける方)の介護被保険者番号・氏名・住所・生年月日等を記載ください。 申請年月日は申請書提出日でお願いします。 また、現在の要介護度・有効期間を記載してください。										日						
	氏名																	
	住所																	
										電話番号								
前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	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	～	年	月	日

変更申請の理由	変更に至った理由を記載してください。(例) 身体の状態が変わった為。等																	
---------	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日	
	有・無	過去6か月間に入所・入院をしていた場合は医療機関名・期間を記載ください。																								

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・介護医療院)																	
	住所	提出代行者の欄は記載の必要はありません。																	
										電話番号									

主治医	主治医の氏名	主治医の氏名・医療機関は必ず記載してください。																	
	医療機関																		
										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

医療保険者	65歳未満の方は医療保険情報の記載をお願いします																	
特定疾病																		

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、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等に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

被保険者(介護を受ける方)の氏名を記載ください。

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

# 認定調査について

要介護認定の為に、あなたの心や身体に関する74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。

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	申請書記載者の氏名・電話番号等を記載してください。	
電話番号		
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

その他認定  
したら、その内  
\* 入  
枠内

### 自由記載欄

被保険者(介護を受ける方)の前では言いにくいことや住所地以外に居住している等がありましたら記載ください。

となどがありま  
きない場合は

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ものです。必ず記入してください。