

介護保険

要介護認定・要支援認定 区分変更

申請書

栃木県那須郡那須町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号												個 人 番 号												
	医 療 保 険													保 険 者 番 号											
		被 保 険 者 証		記 号										番 号						枝 番					
	フリガナ												生 年 月 日		年 月 日				性 別		男 ・ 女				
	氏 名																								
	住 所		〒 ー 地区名 那須町大字 電話番号																						
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等 * 要介護・要介護更新 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												
			有効期限		年 月 日 から				年 月 日																
	変更申請の理由																								
	過去6カ月の 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・居宅介護支援事業所・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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、那須町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。

【保険者記入欄】

申請理由 更新・病院の勧め()・サービス利用希望・転入・その他()
来庁者()・受付担当()・自宅確認 済・未済
○同時申請(チェックリスト) 無・有
○情報提供交付申請書 無・有()
○サービス計画届出書 無・有()

本人氏名

代理人氏名

(続柄)

訪問調査の参考としますので、必要事項にチェックまたは、記入してください。

○ 自宅での調査を希望する方 ※ご家族が調査の立会いをしてください。

☐なし ☐近隣に家族が住んでいる ☐遠方に家族が住んでいる

☐なし

医療機関に入院中の方は、原則として状態が安定し、退院の見通しがついてから調査を行います。

☐なし

カ 今回の申請についての主治医の許可 ☐あり ☐なし

☐なし☐特になし ☐あり →

月 曜		火 曜		水 曜		木 曜		金 曜	
午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後

※ 土日、祝祭日等は、訪問調査はできません。

現在利用しているサービス

<input type="checkbox"/> 訪問介護	(月)	(回)	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	(品目)
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	(月)	(回)	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	(品目)
<input type="checkbox"/> 訪問看護	(月)	(回)	<input type="checkbox"/> 住宅改修	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	(月)	(回)	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	(月 日)
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	(月)	(回)	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	(月 日)
<input type="checkbox"/> 通所介護	(月)	(回)	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	(月 日)
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	(月)	(回)	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	(月 日)
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	(月 日)		<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	(月 日)
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	(月 日)		<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	(月 日)
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	(月 日)		<input type="checkbox"/> その他()	

今後希望するサービス

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> その他()

イ どのような症状で受診しましたか。

その他、訪問調査に必要と思われる情報があればお書きください。