

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

甲 良 町 長 様

次のとおり申請します。

( 表 面 )

被 保 者	被保険者番号		申請年月日	平成	年	月	日					
	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										
保 険	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	平成	年	月	日	から	平成	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
	有 ・ 無	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
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 及 び 氏 名	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) 印									
	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

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、甲良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。

本人または 代理氏名	
---------------	--

### 介護保険認定申請受付連絡票(認定調査用)

甲良町では、介護保険要介護・要支援認定の訪問調査の際、事前に連絡調整をし、訪問調査員が調査いたしますので、下記のとおり記入についてご協力頂きますようよろしくお願いいたします。

#### 認定調査(同席する・同席しない)

□氏名: \_\_\_\_\_ TEL: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

在宅以外 の場合	入所・入院施設名		
	所在地	〒 _____	TEL _____
	※入院の場合	【病棟】 _____ 階	号室 _____ 【退院予定】 _____

□ご都合の良い曜日・日時( \_\_\_\_\_ )

□ご都合の悪い曜日・日時( \_\_\_\_\_ )

□その他(調査に際し、なにか配慮のいる点があればお願いします。) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_