介護保険 要介護認定·要支援認定区分変更 申請書

豊後高田市長 様

	次の	とおり申請しま	す。					申	請年月日		年		月	日
		護保険 R険者番号					個	人番号	-					
	医療	保険者名				保	以険者	音番号			•			
被	保険	被保険者証	記号			番岩	号			7	枝番			
		フリガナ	生年月日 年 月							日				
保		氏 名					性	別		9	男・	女		
		住 所	〒 電話番号											
険	変	更申請の理由												
	前回の要介護		要介護	1 2	3	4	5		要支援	. 2				
者	認	定結果等	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日											
	過去6月間の介護 保険施設・医療機		介護保険施設の名称・所在地						期間 年	月	日~	年	月	日
		等入院・入所の 無(有・無)	医療機関等の名称・所在地 期間 年 月 日~ 年								年	月	日	
			該当に○仕	hhば匀括支接·	ヤンター・	居字介護	支援事	工業者・ 指定	介護老人福祉	新設 · 介	進老人保	建施設	介誰	医療院)
提出	名	称	M 1 (CO ()				∧ I Ø ∃	- X-1 II.L			受・ロノマアバ		71 HZ	(C)/(()()
代行														
者														
	主治医の氏名 台医 所 在 地							医療機	関名					
主治			電話番号											
第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														
19 ACDA/17 H														
介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、又は地域支援事業を実施するために必要がある														

介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、又は地域支援事業を実施する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豊後高田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。

また、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めることを誓約します。

本人氏名

	氏名		被保険者との関係			電話番号	
認定結果送付先			住所	Ŧ			
	氏名		被保険者との関係			電話番号	
家族等の連絡先		住所	Ŧ				

介護保険認定申請(調査)連絡票

被保険者番号			氏名		
申請種別		認知	亩 有 • 無		
調査立会希望	有(立会人:		続	柄:)•無
	本人・立会人・	その他()
調査日程調整の 連絡先	Tel ①	_		-	
	Tel 2	_		_	
現在の住居地	自宅・施設・病	院(退院予定	₫:)・その他
訪問調査場所	自宅・その他()
担当ケアマネまたは ソーシャルワーカー	有(氏名:)•無
現在のサービス 利用状況 (ディ等の利用曜日も記載)					
心身の状態や家族状 況、サービス希望等	※必ず記入してくた	ざさい			
現在かかっている 感染症	有(病名:) •	無
備考	※都合の悪い日等あ	れば記入して・	 ください。	 調査日程調整の参	<u>ーー</u> 考にします。