

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

遊佐町長様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和3年4月3日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0001993268	個人番号	1000000000003	
	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	イサ ハナコ		生年月日	明・大・昭 13年4月15日
	氏名	遊佐 花子		性別	男・ <input type="checkbox"/> 女
	住所	〒999-8301 遊佐町遊佐字舞鶴202		電話番号	28-8251
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2	
	変更申請の 理由	・階段で転倒し、右大腿・右鎖骨骨折により日常生活における動作が著しく低下したため。			
	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		記入例	
医療機関等の名称等・所在地					

提出 代 行 者	名称	該当に○(地域)	上記の事業者または施設が申請書提出の 代行を行う場合は、「提出代行者」が記入する。	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	〒

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、及び主治医意見書を、遊佐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。

本人氏名

申請時間き取り調書

被保険者番号：0001993268

氏名： 遊佐 花子

(フリガナ)	ユサ タロウ	被保険者との続柄	ア.本人 <input checked="" type="radio"/> イ.家族(続柄： 夫) ウ.居宅介護支援事業所等 エ.その他(続柄：)
1. 申請者氏名 <u>(※記入必須)</u>	遊佐 太郎		
(フリガナ)	ユサ タロウ	被保険者との続柄	夫
2. 訪問調査時、その他・緊急時の連絡先 <u>(※記入必須)</u>	氏名： 遊佐 太郎		【日中可能な連絡時間帯】 いつでも可 (携帯電話へ優先して頂きたい)
	連絡先(日中の連絡先 <input type="checkbox"/> 勤務先等 Tel (名称：) <input type="checkbox"/> 自宅 Tel 28-8251 <input type="checkbox"/> 携帯電話 090-0000-0000		
3. 介護の必要性の原因となっている疾病名または状態 <u>(※記入必須)</u>	右大腿骨・右鎖骨骨折		
4. 現在の状況 その他特記事項等 (訪問調査時、特に配慮してほしい事由) <u>(※記入必須)</u>	申請理由：(いつごろから、どのような状態になったかの経緯を簡潔に記入ください) ・階段で転倒し、右大腿・右鎖骨骨折により日常生活における動作が著しく低下したため、区分変更申請する。		
5. 被保険者の状況 <u>(※記入必須)</u>	世帯状況(単身世帯・ <u>高齢者世帯</u> ・同居者あり(他人)) <input checked="" type="radio"/> ア.在宅 <input type="radio"/> イ.施設入所中(施設名：) ウ.入院中(医療機関名：) (病棟： 階 病棟)(退院予定日： 月 日頃・未定) エ.その他() →所在地の住所() <u>※上記アまたはエを選択時に</u> 主治医の最終診察日：令和元年5月2日 <u>において記入必須→</u> 今後の診察予定日：令和元年7月6日		
6. 被保険者の状態 <u>(※記入必須)</u>	歩 行：ア.できる <input checked="" type="radio"/> イ.杖などの補助が必要 ウ.車いすを使用 エ.できない 食 事： <input checked="" type="radio"/> ア.準備されれば自分でできる <input type="radio"/> イ.介助が必要 ウ.流動食・経管栄養 排 泄：ア.トイレで一人でできる <input type="radio"/> イ.ポータブルトイレ使用 <input checked="" type="radio"/> ウ.おむつ等使用 エ.カテーテル 会 話：ア.普通にできる <input checked="" type="radio"/> イ.多少時間がかかる ウ.できない 難 聴： <input checked="" type="radio"/> ア.あり <input type="radio"/> イ.なし 認知症： <input checked="" type="radio"/> ア.あり <input type="radio"/> イ.なし ○「あり」を選択：主な症状・行動… ・認知症がひどく、話したことや言われたことを覚えていない。 ・耳が遠く、聞き取りが難しい。 ※介護保険証の提出… <input checked="" type="radio"/> 未・済		
7. 希望のサービス または現在利用中のサービス(複数選択可) <u>(※記入必須)</u>	ア.ヘルパー (曜日) <input type="radio"/> イ.訪問入浴 (曜日) <input type="radio"/> ウ.訪問看護 (曜日) エ.居宅療養管理指導 (月 回) <input checked="" type="radio"/> オ.デイサービス (曜日) カ.ショートステイ (月 日) <input type="radio"/> キ.福祉用具の貸与 (品目) 購入 (品目) ク.住宅改修 (あり・なし) <input type="radio"/> ケ.介護保険施設の入所 コ.その他()		
8. 認定前のサービス利用の希望	<input checked="" type="radio"/> ア.なし <input type="radio"/> イ.状況に応じて <input type="radio"/> ウ.あり()		
9. 希望または担当の居宅介護支援事業所(暫定も含む)	事業所 担当ケアマネジャー()		
10. 認定結果通知書 被保険者証郵送先 (現住所へ本人宛の場合は記入不要)	(住所) 〒 - (宛名)		

○遊佐町役場記入欄 受付者氏名：