

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

香南市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

[illegible]

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・介護療養病院）
	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、主治医意見書、香南市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、香南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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名
(代筆者氏名)

手続きを円滑にするために、以下の欄の記入をお願いします。

申請者	氏 名		続柄	
	住 所			
	連絡先			

調査場所	1. 自宅（住民票の住所地） 2. 病院・施設〔名称：電話：〕 3. その他〔住所：宅〕																						
調査日の希望 ※調査は原則月曜日から金曜日(祝日除く) 9：00から 15：30までに開始	1. なし 2. あり【都合の悪い曜日・時間帯に×をしてください】 <table><tr><td></td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td></tr><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	午前						午後					
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日																		
午前																							
午後																							
調査立会者	1. なし 2. あり〔 ^{ふりがな} 氏名：〕本人との関係〔〕 日中の電話番号（）－ 連絡可能時間帯：～：																						
生活状況	1. 独居 2. 同居 (2は家族構成〔〕)																						
本人の状況	認知（あり・なし） 難聴（あり・なし） 主な疾病名〔〕 ※入院中の場合 入院先（一般病棟・集中治療室等） 退院又は転院予定（なし・あり【月 日頃】）																						
主治医医療機関への 受診日 ※在宅の方のみ記入	前 回 年 月 日 次回予定日 年 月 日																						
今回の申請理由	1. 新たに介護サービスを利用希望〔内容：〕 2. 現在の介護サービスを継続利用希望 3. 主治医のすすめ〔利用希望サービス内容：〕 4. その他〔〕																						
サービス利用状況 ※更新の方のみ記入	サービス名		曜日		事業所名																		
	(例) デイサービス		月・火・水・木・金		デイサービス香南市																		
			月・火・水・木・金																				
			月・火・水・木・金																				
			月・火・水・木・金																				
			月・火・水・木・金																				
	ショートステイ利用有		/ ~ / / ~ / / ~ /																				
	福祉用具貸与（申請月合計点数）		品目																				
	特定福祉用具販売（過去6カ月）		点																				
住宅改修（今まで）		有 ・ 無																					
その他留意すべき 事項																							

市 確 認 欄	身 元 確 認	☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ パスポート ☐ 介護支援専門員証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（）			
		2点以上	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 公的医療保険の資格確認書 ☐ 年金手帳 ☐ その他（） ☐ その他（）		
	代 理 権 確 認	☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 委任状 ☐ 公的医療保険の資格確認書 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険帳簿（居宅サービス計画届出済） ☐ その他（） ※2号被保険者の場合は医療保険加入者が対象			受 付 者