

## 介護保険要介護認定区分変更申請書

(あて先) 成 田 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日

R〇〇年 △ 月 ◇ 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0000123456	個人番号	△△△△△△△△△△△△△△	
	医療 保険	保険者名	〇〇保険組合	保険者番号	1234
		被保険者証	記号 123	番号 12345	枝番 01
	フリガナ	ナリタ タロウ	生年月日	明・大・ <b>昭</b> 20年 ○月 △日生	
	氏名	成田 太郎	性別	<b>男</b> ・ 女	
	住所	〒286-0000 成田市花崎町760 電話番号 (22)1111			
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 <b>①</b> 2 3 4 5 有効期間 R〇〇年 1月 1日 から R〇〇年 12月 31日			
	変更理由	〇月〇日に左大腿骨を骨折し入院。 入院前のように歩行することは困難となり、移動・トイレ等に介助が必要となったため。			
	過去6月間の介護 保険施設医療機 関等入所の有無	名称 〇〇病院	期	H〇〇年△月◇日～ 年 月 日	
<b>有</b> ・無	所在	間	年 月 日～ 年 月 日		
			年 月 日～ 年 月 日		
			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 <b>居宅介護支援事業者</b> ・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設) <b>居宅介護支援事業者〇〇〇</b>		
	住所	〒286-0000 成田市△△1234 電話番号 (22)1234		

主 治 医	氏名	〇 〇 〇 〇	医療機関名	〇 〇 病 院
	所在地	〒 286-4567 成田市△△5678 電話番号 (22)5678		

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	<b>脳血管疾患(脳梗塞)</b>
-----------	-------------------

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営に  
認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定  
ター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若し  
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。

対象者の年齢が40歳から64歳までの場合のみ記入

要介護認定・要支援認定を、地域包括支援センター  
主治医意見書を記載し

本人氏名

**成 田 太 郎**

(裏面)

/ ( ) :

調査立会	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない	
立会者 または 来庁者	フリガナ <b>ナリタ ジロウ</b>	本人から見た関係
	氏名 <b>成田 二郎</b>	<b>二男</b>
	電話(日中連絡がつくものをお願いします) <b>090 - 0000 - 0000</b>	
調査場所 (どちらかの □にチェック)	<input type="checkbox"/> 現住所地 <input checked="" type="checkbox"/> 現住所地以外(下へ施設名・住所等を記入) <b>〇〇病院 △棟 ××号室</b>	
訪問日程 について	※都合の悪い曜日・時間帯などを記入 <b>勤務の都合上、水、金のいずれかで調査をお願いします。</b>	
認定結果の 送付先 (いずれかの □にチェック)	<input type="checkbox"/> 現住所地 <input checked="" type="checkbox"/> その他(下へ記入) <input type="checkbox"/> 窓口受取(来訪者: )	介護保険課 記入欄
	<b>〒123-4567</b> 住所( <b>成田市花崎町760</b> ) 宛名( <b>成田 二郎</b> )	保回収 暫定 予診 駐車場
利用中 または希望 のサービス	※利用中のサービスについては、曜日や時間帯なども記入 <b>デイサービス・杖の貸与</b>	2医 委託
その他	<b>転倒し、左大腿骨を骨折したため入院中。車椅子で病棟内を移動し、歩行訓練中。入院に伴い認知症が進行している。退院後は独居となるため不安。</b>	