介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

別記様式第6号（第10条関係）

日田市長　　　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 申請年月日 | 年　 　月 　　日 |
| 本人との関係 |  |
| 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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） 　 |
| 申請者住所 | 〒 電話番号 |

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | ０ | ０ | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　ｶﾞ　ﾅ |  | 生年月日 | 大・昭 　年 　 月 　 日 |
| 氏　 名 |  |
| 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住 　 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　 |
| 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 |
| 有効期限 年 月 日 　から 　 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 | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |
| 有 ・ 無 | 医療機関等の名称等 | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所 在 地 | 〒 電話番号 |

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 |  |

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、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。

|  |
| --- |
| 訪問調査等について本人以外と連絡が必要な場合本人氏名(代筆者)連絡先氏名　　　　　　　　　　　　TEL被保険者との関係（　　　　　） |
|  |
| 市町村確認欄 |
| 証の回収 | 介護保険資格者証受領者 |
| 有 ・ 無 | 介護支援専門員 ・本人 家族・その他（　　　） |
|  |
| 入力 | 資格者証 | 通所サービス利用 | 入院・入所 | 調査場所 | 同席 |
|  | 渡済み・調査時 | 有　・　無（月･火･水･木･金） | 入院入所中・無 | 現住所・介護保険施設病院・家族宅・その他 | 本人のみ・連絡先と同じ病院施設職員等 |