介護保険　要介護（要支援）状態区分変更申請書

富 津 市 長　様

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 申請年月日 | | 年 月 日 | |
| 申請者氏名 | 電話番号 | | | | 被保険者との関係 | |  |
| 申請者住所 | 〒 | | | | 訪問調査の連絡先 | | 申請者・立会人  （どちらかに○を） |
| 立会人氏名 | 電話番号 | | | | 被保険者との関係 | |  |
| 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・介護老人保健施設・指定介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院） | | | | | | |

電話番号は日中連絡可能な番号を記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  保  険  者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | 個人番号 | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療保険 | 医療保険者名 | | |  | | | | | | | | 記号番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問調査の場所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の要介護  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請の理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所・入院  の有無 | 介護保険施設等の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　年　　月　　日から | | | | | | | | | | |
| 有　・　無 | 医療機関の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　年　　月　　日から | | | | | | | | | | |
| 主　治  医 | 氏　　名 |  | | | | | | | | 医療機関名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | 直 近  受　診　日 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | |

　　２号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）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、要介護認定又は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及び意見並びに主治医意見書に関する情報を富津市が地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提供することに同意します。

**本人氏名**

**※介護が必要になった原因は第三者行為（交通事故等）によるものですか？**

はい（　　年　　月ころ　理由：　　　　　　　　　　）・　いいえ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 受付者 | 保険証 | 番号確認 | 備考 |
|  | 有・無 | ｶｰﾄﾞ（個・通）住民票・住基  他（　　　　　　　　　　） | 未・欠・なし  他（　　　　） |
| 訪問調査 | 意見書 | 身元確認 | |
|  | 新・継 | ｶｰﾄﾞ・免許・ケアマネ・被保・負担・医療保  他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |