

2 3 2 1 7 3

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

0 5

0 0 0 1

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

江南市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号							個人番号						
	医療 保 険	保険者名						保険者番号						
		被保険者 記号・番号	記号				番号			枝番				
	フリガナ							生年月日		年 月 日				
	氏 名							性 別		男・女				
	住 所		〒					電話番号						
	要支援・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 等への入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地 〒					期間		年 月 日～ 年 月 日				
		介護保険施設等の名称等・所在地 〒					期間		年 月 日～ 年 月 日					
		医療機関等の名称等・所在地 〒					期間		年 月 日～ 年 月 日					
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地 〒					期間		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・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	〒					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、江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、江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

続柄

)

2 3 2 1 7 3

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

0 5

0 0 0 2

<認定調査にあたって>

認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などをうかがいます。認定調査の日程調整を円滑に行うために必要となりますのでご記入ください。

調査の 同席者	同席の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (注意)日頃から身の回りのお世話をされている方をお願いします。 調査日当日、同席が困難な場合は電話にて聞取りさせていただく場合があります。							
	氏名			本人との関係					
	電話番号	自宅・携帯・その他 ()							
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 [<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村)]							
調査の 希望日	都合の良い曜日・時間帯に○を、都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。								
		月	火	水	木	金			
	9:30								
	10:30								
	13:30					(注意)認定調査は、市役所閉庁時(早朝・夜間・土日祝日)、デイサービス利用中、透析直後は行えません。また、調査日前1週間の生活状況を確認するため、入退院やショートステイの利用などで生活の場が変わる場合、日程の再調整が必要になることがあります。 (注意)調査の所要時間は1時間程度です。			
駐車場	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					(注意)路上駐車は違法行為になりますので、駐車場がない場合でも、駐車スペースの確保のご協力をお願いします。			
ペット	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる								
現在の 居住地 ※調査先	<input type="checkbox"/> 住所地と同じ(記入不要) <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()					電話番号			
受診状況	●最終受診日		年	月	日	●次回受診予定日	年	月	日
調査時の 留意事項									

以下、市記入欄

確認 事項									
	R4G 入力	意見書依頼出力		資格者証の発行		受付者(※第二号保険者保険情報確認)			
	/	/		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		(□済)			
	個人番号確認		身元確認				代理権確認		
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> 保険者確認	個人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険資格確認書	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険資格確認書				
		事業所	<input type="checkbox"/> 支援専門員証 <input type="checkbox"/> 社員証	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他			