

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

変更

(あて先) 山 形 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

提出者氏名		本人との関係	
提出者住所	〒 電話番号		
提出代行者	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)		

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	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/>										保険者番号										
		被保険者証	記号						番号						枝番								
	フリガナ											生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)										
	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 (具体的に記入してください)																						
	病院・施設に 入院中の場合 (短期の入院・入所を除く)	病院名又は施設名																					
所在地																							
期間		年	月	日	～	退院・退所予定日	年	月	日	・ 未定													
上記以外で過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への入院、 入所のある場合	病院又は施設名																						
	期間	年	月	日	～	退院・退所日	年	月	日														

主治医	医療機関名		主治医の氏名	
	診療科目		最終受診日	年 月 日 (申請日から過去1カ月以内)
	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	
-------	--

次の事項に同意される場合は、署名をお願いします。

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・意見及び主治医意見書を山形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。

本人氏名 _____ 代筆者 _____ (続柄) _____

現況確認表

納付確認 未納有 納付済

受付者印

1. 担当居宅介護支援事業者（介護保険施設）

事業者名		担当介護支援 専門員氏名		連絡先	TEL () FAX ()
------	--	-----------------	--	-----	--------------------

2. 現在の状況

<ul style="list-style-type: none"> ・家族状況（独居・同居（夫婦のみ）・同居（その他）） ・介護保険の施設へ入所する予定の有無 有・無（施設名） ・入院中の場合退院後の予定 在宅・施設・転院（施設・病院名） 未定
--

3. 現在利用しているサービス

<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービス 月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 福祉用具貸与 品目
<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問入浴介護 月 回	<input type="checkbox"/> 特定（介護予防）福祉用具販売 品目
<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問看護 月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修 あり・なし
<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問リハビリテーション 月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 居宅療養管理指導 月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型通所介護 月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 通所介護（デイサービス）・通所型サービス 月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 通所リハビリテーション（デイケア） 月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所生活介護（ショートステイ） 月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所療養介護（療養ショート） 月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 特定施設入居者生活介護 月 日	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 月 日
<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 回	

4. サービス充足度等

サービス充足度	十分・不十分 (不足内容)	前回調査時との変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL 改善・不変・悪化 ・認知症症状 改善・不変・悪化 ・その他 ()
今後6ヵ月及び12ヶ月の心身状況の見通し	安定・不安定・その他 ()	介護の必要性の原因となっている疾病名	

5. 訪問調査時の連絡先等

住所 _____
氏名 _____ (被保険者との続柄)
日中に連絡のとれる電話番号 ① _____ ② _____
その他調査に関する連絡事項（調査場所を含む）
調査時の同席について 家 族：同席しなくてもよい ・ 同席したい（同席者名 _____） 介護支援専門員・包括職員：同席しなくてもよい ・ 同席したい（同席者名 _____）

6. その他（現在の状況等）

--