

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

申請日当日の日付

阿久比町長殿

次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

介護保険 被保険者番号	441000000000	個人番号																		
医療保険被保険者証に記載 の情報を記入ください。	愛知県後期高齢者医療広域連合		保険者番号		39234414															
	記号	111	番号	12345678	枝番	01														
	アグイ タロウ		生年月日		昭和10年 5月 5日															
被 保 険 者	氏名	阿久比 太郎		性別	男・女															
	住所	〒 470-2292 阿久比町大字卯坂字殿越 50 電話番号 0569-48-1111																		
	前回の要介護認定等の結果等	※現在の要介護度を記入	有効期間 年 月 日 から 年 月 日																	
	変更申請の理由																			
	過去6月間の介護	介護保険施設の名称等・所在地		期間		～														
	介護保険施設の名称等・所在地		期間		～															
	医療機関等の名称等・所在地		期間		令和0年0月0日～															
	医療機関等の名称等・所在地		期間		～															

入院中・入所中の場合は
ご記入ください。

主治医氏名はフルネーム
でご記入ください。

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） 阿久比 花子（ （続柄 妻）																	
	住所	〒 470-2292 阿久比町大字卯坂字殿越 50 号 0569-48-1111																	
主 治 医	主治医氏名	医者 次郎		医療機関名	〇〇病院														
	所在地	〒 470-0000 ●●市●●町●丁目●●番地 電話番号 0569-00-0000																	

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	
-------	--

同意署名欄	1. 情報提供の同意	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・意見及び主治医の意見等に基づき、介護支援センター、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調査員に提示することに同意します。
	2. 延期通知省略の同意	要介護更新認定・要支援更新認定の申請日から 30 日以内には認定調査に結果が通知されるのであれば、延期通知を省略することに同意します。
	被保険者氏名 阿久比 太郎 代筆者氏名 阿久比 花子 (続柄 妻)	

※入院中・入所中の場合は医療機関名・施設名、個人宅の場合は住所をご記入ください。

対象者の日頃の様子がわかる方の立ち合いをお願いします。

訪問調査	
阿久比 拓郎	続柄 (長男)
電話番号	080-1234-5678
申請者と同じ	
認定調査希望日	☒ 希望日あり (月曜日以外) / ☐ 特になし
訪問先	☒ 自宅 / ☐ それ以外※ ⁴ ()
駐車場 (調査員用)	☒ 敷地内に駐車スペースあり ☐ なし → 近隣に駐車する場所 ()
備考	本人の前で言いづらいことがある場合や、家がわかりづらい場合は特徴など、調査員に事前に伝えたいことがあればご記入ください。

★以下もご記入ください。

申請理由	今後利用したいサービスについて
☐ 身体的な状況が悪くなったため ☐ 認知症状が現れたため ☐ 医療機関から勧められたため (医療機関名) ☐ その他 ()	☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 通所介護／通所リハ (デイサービス／デイケア) ☐ 短期入所 (ショートステイ) ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 福祉用具レンタル ☐ 福祉用具の購入 ☐ 住宅改修 ☐ 施設入所
具体的状態	
診断名	

調査日	月 日 ()	:	～	調査員	
-----	---------	---	---	-----	--