

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

矢板市長 様

次のお通り申請します。

申請年月日

令和

〇年

〇月

〇日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		介護保険証の「被保険者番号」を記載		個人番号		「マイナンバー」を記載	
	医療 保 険	保険者名	医療保険証の「保険者名称」を記載		保険者番号		医療保険証の「保険者番号」を記載	
		被保険者証	記号		番号		枝番	
	フリガナ		ヤイタ タロウ		生年月日		明・大・昭 25年 4月 1日	
	氏名		矢板太郎		性別		男 ・ 女	
	住所		〒329-2192 矢板市本町5-4		電話番号 0287-43-3896			
	前回の要介護 認定の結果等		要介護 1 (2) 3 4 5		要支援 1 2		有効期限 令和〇年 〇〇月 〇日 から 令和〇年 〇〇月 〇〇日	
	変更申請の理由		転倒骨折による状態悪化のため					
	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・所在地			期間 年 月 日～年 月 日		
			介護保険施設の名称等・所在地			期間 年 月 日		
(有) ・ 無		医療機関等の名称等・所在地 矢板総合病院			期間 令和〇年 〇月 〇日～年 月 日			
		医療機関等の名称等・所在地			期間 年 月 日～年 月 日			

入院中の場合は
空欄

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（家族・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） 矢板 花子（長女）
	住 所	〒 同居の場合は省略可 電話番号 090-1234-5678

主 治 医	主治医の氏名	矢板 総一郎	医療機関名	矢板総合病院
	所在地	〒329-2192 矢板市本町5-4 電話番号 0287-43-3896		

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、及び主治医意見書を、矢板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 矢板太郎 (代筆可)

1. 訪問調査場所

<input type="checkbox"/> 自宅（住所地）	<input checked="" type="checkbox"/> 病院	→	<u>東</u> 棟 <u>321</u> 号室
<input type="checkbox"/> 入所施設	<input type="checkbox"/> その他	→	調査地名 <u>矢板総合病院</u> 住所 _____

2. 調査日程等

ご自宅で調査の場合は、ご家族等の立会いをお願いします。

病院、施設で調査の場合は、ご家族の立会いは任意となります。

① 立会いの有無

立会いあり → お名前 矢板 花子 続柄（ 長女 ）

立会いなし TEL 090-1234-5678

②本人及び立会い者の都合の悪い曜日、時間帯に×をつけてください。

特になし

あり →

	月	火	水	木	金	その他
午前	午前	午前	午前	午前	午前	（具体的に： _____ ）
午後	午後	午後	午後	午後	午後	

② 駐車スペースの有無

あり

なし

3. 第三者行為による介護保険の利用について

平成 28 年 4 月 1 日より、第三者行為（交通事故等）により介護サービスを利用する場合、保険者への届出が義務となりました。

介護サービスが必要になった要因

事故以外

事故等 →

<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 自転車事故	<input type="checkbox"/> 動物による噛みつき
<input type="checkbox"/> ケンカ	<input type="checkbox"/> 医療事故	<input type="checkbox"/> 施設事故
<input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）		