介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あ	て先) 橋本	中世
\ (X)	C 7L 7	/ 1回/十	III LX

	次のとおり申請します。												申	請年	月日		令和	年		月	日		
		€保険 保険者	番号	2	0	3	0							個。	人番	号							
	医 療	1 144 114	者名										保	读	皆番·	号							
	保 険	被保	険者証	Ī	記号	<u>;</u>							番	:号						枝番			
被		フリカ゛	<i>†</i>											生生	年月	日	明・	大・	昭	年		月	日
	E	£	名										_	性		別			男			<u></u>	
保	保住所													<u> </u>		/// 話番	· ·号		<u> </u>				
	前回の要介護			戛	ラ介	護丬	犬態	区分	分	1	2	3	4	4	5		要支	援状	態区	分 1	2		
険			2の結果等		有効	期队	艮	수	和		年			月		B	から	,令和	和	年	J	Ħ	日
	変更理由	申請	の																				
者			間の 施設	介	護保	険施	函設 σ)名	称等	• 所	f在地	,					期間	年	月	日~	年	月	B
		聚機関 記、入	等 、所の	介	護保	険旅	Ē設 <i>σ</i>)名	称等	• 所	f在地	,					期間	年	月	日~	年	月	B
	有無	Ħ.		医	療機	関等	の名	名称领	等・j	所在	E地						期間	年	月	日~	年	月	B
	有	•	無	医	療機	関等	€の名	名称	等・j	所在	E地						期間	年	月	日~	年	月	日

提出出			該当に〇(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)
行者	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、及び主治医意見書を、橋本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。

認定調査について

要介護認定のために、あなたの身体やこころの状況に関する 74 項目について、認定調査員があなたのご家庭などに お伺いして、お聞きします。訪問調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。 原則、認定調査は平日の9時~12時、13時~17時の間で行い、調査時間は約1時間です。詳細は、訪問調査員と連

絡者等	との相談の上で決	めさせていただくこ	ことになります。									
本人氏名												
①認定調査実施場所について □現住所 □その他(病院・施設・他住所)												
名称(退院予定 未定・ 月 日頃)												
所在地												
②認定調査時の立会について □立会なし □立会あり 家族 (続柄:)、ケアマネジャー・他 ()												
		ころの他(氏名		-k- 1 1	- の結構	,						
	<u>基础包 </u>	<u>・その他(氏名</u> ①優先:		<u> </u>	≤の続柄							
~				· - 227		1237						
4介語				るものを〇で囲ん								
	月	火	水	木 デ・リ・ヘ	金	土						
午前				看・通・透・								
	世	デ・リ・ヘ	デ・リ・ヘ	他 デ・リ・ヘ	デ・リ・ヘ	世 ・						
午後	•			看・通・透・								
	デ…デイサー	ビス リ…リハビ!	ノ ヘ…ヘルパー	他 看…訪問看護 通·	∵通院 透⋯透析	他…その他						
>>	※上記のほか通際	急やショートステ	イ等で都合の悪	い日…()						
_		こておくことはあ	りますか?									
]特にない											
		てきな声で・手話		())						
	聞き取り内容(病気のこと・その	D他())						
©∧≅	#井―ドフにつ!	、 ア										
⑥介護サービスについて (再発・亦再の方は利用中のサービスに、新規の方は利用発効のサービスにチェックしてください。)												
(更新・変更の方は利用中のサービスに、新規の方は利用希望のサービスにチェックしてください。) □訪問介護(ヘルパー) □通院等乗降介助(介護タクシー) □訪問看護												
□ 回前向介護(ヘルハー) □ □ 四個院寺来降介助(介護タグラー) □ 回前向有護 □ 福祉用具貸与(ベッド・車椅子・歩行器・杖など)												
				ど) 口住宅改修	多(風呂・トイレ	ノ・手すり等)						
]デイサービス	ロリハビリ(通序	所・訪問) □施	設入所 口短期力	(所(ショートス	テイ)						
	コその他()							
@ == ·	· ·	7 At 70			_	77 / 181 -						
⑦認定申請に至った経緯、現在の心身の状況・生活状況等伝えておくことがあればご記入ください。												
入院中の方は、入院された理由とその後の経過についてもあわせてご記入ください。												