様式第14号(第19条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

　南相馬市長

　次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  | | | 個人番号 | | |  | | | | | |
| 医療保険 | 保険者名 | |  | | | 保険者番号 | | |  | | | | |
| 被保険者証 | | 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 | | 〒　　　―  南相馬市  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 | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　　年　　月　　日　～　　　　　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～　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・指定介護療養型医療施設・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 |  |

　介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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南相馬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 |

**訪問調査に関する連絡等**

新規 ・ 更新 ・区分変更・支援→介護新規

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  | | | | | | 申請者  との関係 | | |  |
| 住所 | **□**被保険者の住所と同じ  ※被保険者の住所と異なる場合は以下に記載してください。 | | | | | | 電話番号 | | |  |
| 調査時  の同席 | | 可　・　不可　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 連絡先  調査日時  の連絡を  受けられ  る方 | |  | どなたに |  | | | 申請者との関係 | | |  | |
| どこに | 自宅　・　携帯　・　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　　　　　　－ | | | | | | | |
| 連絡のつきやすい時間帯 | | | 1. 何時でも可（平日の日中）　② | | | | | |
|  | どなたに |  | | | 申請者との関係 | | |  | |
| どこに | 自宅　・　携帯　・　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　　　　　　－ | | | | | | | |
| 連絡のつきやすい時間帯 | | | 1. 何時でも可（平日の日中）　② | | | | | |
| 調査員  訪問先 | | **□**被保険者の住所と同じ  ※被保険者の住所と異なる場合は以下に記載してください。 | | | | | | | | | |
| 結　果  送付先 | | **□**被保険者の住所と同じ  ※被保険者の住所と異なる場合は以下に記載してください。  〒 | | | | | | | 宛名　□本人  ※本人と異なる場合は宛名氏名を  以下に記載してください。 | | |
| 現在利用しているサービス  （利用曜日・時間） | | | | |  | | | | | | |
| 今後利用したいサービス | | | | |  | | | | | | |
| 連絡事項 | | 認知　有・無　　駐車場　有・無　　最終受診日（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |

**更新申請にかかる要介護認定・要支援認定が、認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために30日を超えてなお要する期間及びその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。**

|  |
| --- |
| **本人氏名** |

※市役所使用欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 前回調査員 |  | 担当居宅介護  支援事業所等 |  | | |
| 経過 | **□**訪問調査依頼 | **□**主治医意見書依頼 | | | |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  | | |
| 訪問調査依頼先 |  | 入力 |  | 受付 |  |