様式第８号（第９条関係）（表）

**介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書**

**武　豊　町　長**

**次のとおり申請します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 令和　　年 　 月 　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 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） | | |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |
| 連　絡　先 | □被保険者と同じ　　□提出代行者と同じ 　□その他（裏面記載） | | |

＊申請者が被保険者本人の場合､申請者住所･電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 明・大・昭　　　年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の  要介護  状態区分 | 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　から　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請  理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の  所在  ※短期入所を除く | □在宅　□入院（病院名：　　　　　　　　　退院予定日：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □介護保険施設　　□ケアハウス  □グループホーム　□その他 | | | | | | | | | | | | 施設名： | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　 電話番号 | | |

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、武豊町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。

なお、個人情報の保護に関する法律に基づき、個人情報の適切な取扱をする中で、訪問時に聞き取った内容要介護認定結果、利用状況等を町等の介護保険事業を含む老人保健福祉事業の参考資料への利用及び提供、武豊町地域福祉サービスセンター・地域包括支援センターの「福祉カルテ」への登録に利用することに同意します。

　　本人氏名

**※ 裏面にも記入事項がございます、ご注意ください。**

様式第８号（第９条関係）（裏）

○ ２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 | １　がん末期  ２　関節リウマチ  ３　筋萎縮性側索硬化症  ４　後縦靭帯骨化症  ５　骨折を伴う骨粗鬆症  ６　初老期における認知症  ７　パーキンソン病関連疾患 | ８　脊髄小脳変性症  ９　脊柱管狭窄症  10　早老症  11　多系統萎縮症  12　糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症  13　脳血管疾患 | 14　閉塞性動脈硬化症  15　慢性閉塞性肺疾患  16　両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |

○ その他連絡先にチェックをつけた方は、記入してください。（各種案内等を送付します）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連　絡　先 | フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |

○ 同意欄本人欄を本人に変わって記入した方は、記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代　　理　　者 | フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | □ 申請者住所と同じ 電話番号  〒 | | |

　＊　できるだけ聞き取りしてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在の状況 | 歩　　行（自立・一部介助・全介助）  食　　事（自立・一部介助・全介助）  入　　浴（自立・一部介助・全介助）  意志伝達（ 可 ・一部可・全不可） | 世帯状況及び身体状況の特記 | 申請日現在の年齢  □ ６５歳以上  □ ６５歳未満 |

事務処理チェック欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 状態安定の確認（申請者） | □ [ 入院者のみ ] 病院への状態確認 | 備考 |
| □ 次回受診日 月 日頃  　 ※遅くとも２Wまで | □ 介護保険証の回収（ 済・調査時に回収 ） |  |
| □ サービス計画依頼届出書  　（記入済：　　　　　　　・後日回収 ） | □ 連絡先・代理記入者欄の確認 |
| □ 訪問調査の日程調整  月 日（ ） AM・PM ： | □ [ ２号保険者のみ ] 医療保険証のコピー |
| □ 訪問調査員（　　　　　　　　　　　） | □ [ 希望者のみ ] 受給 ・ 資格者証の発行 | 受付者 |
| 調査員への連絡事項  □ 立ち会い　有（氏名：　　　　　　　　　）・無（理由：　　　　　　　　　　） | |  |