

## 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

牡鹿郡女川町長 様  
次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	電話番号	
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）	

被 保 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																						
	氏 名											性 別																						
	住 所											電話番号																						
	前回要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2																																
		有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日																																
	変更申請の 理 由																																	
	過去6ヶ月間の 介護保険施設・医療機関 等の入院入所 有 無	介護保険施設・医療機関等の名称、所在地										期 間	年 月 日 ~ 年 月 日																					
有・無	介護保険施設・医療機関等の名称、所在地										期 間	年 月 日 ~ 年 月 日																						

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地											電話番号										

※次に病院を受診する日を記入してください。 月 日（頃）  
 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正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、女川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また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

○相談者 氏名 ( ) 続柄 ( )  
 (申請者と異なる場合のみ記入) 連絡先 ( )

○申請の経緯 { 病院・施設・ケアマネージャー  
 地域包括支援センター・家族 } から勧められた  
 その他 ( )

○入院中 階 号室 ( 病棟)  
 入所中 階 号室

○現在利用しているサービス

訪問サービス .....  
 通所サービス .....  
 施設サービス ショートステイ .....  
 福祉用具 .....  
 その他 タクシー券・おむつ券 .....

○相談主訴 (区分変更にあたる理由等) を記入してください。

認定を受ける方の 所在	住所	
	入院(所)中:	階 号室 病棟
	主な介護者	氏名: 続柄:
訪問調査 立会い希望の有無	有	氏名: 続柄: 電話番号:(自宅) (携帯電話)
	無	連絡のとれやすい時間帯: 同居・別居(どちらかに○をつけて下さい)