様式第16号(第20条関係)

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

※町記入欄

阿見町高齢福祉課

．　　．

第　　　　　号

受付

阿見町長　様

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　被保険者 | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 前回の要介護認定の結果等 | 要介護状態区分　12345　　　　　要支援状態区分　1　2 |
| 有効期間　　　　　　　年　　月　　日　　から　　　　　　年　　月　　日 |
| 変更申請の理由(具体的に詳しくご記入ください) |  |
| 過去6月間の介護保険施設，医療機関等への入院，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 |
| 有・無 | 医療機関等の名称等・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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

　介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び介護予防施策検討のために必要があるときは，要介護認定・要支援認定に係る調査内容，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，阿見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，介護予防サービス事業者，地域密着型サービス事業者，地域密着型介護予防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(写しの交付も含む。)及び介護データベース構築事業に利用することに同意します。

本人氏名

**申請にあたってのお願い**

　申請を受けてから、ご本人の心身の状況を確認するため、介護認定調査員が訪問し、聞き取り調査などを行います。調査にはご本人とご家族（介護者）のご同席をお願いします。

（この訪問調査が済みませんと、認定を受けるための審査、判定ができません。）

訪問調査は平日（月～金）の午前9時～、午前10時～、午後1時30分～（調査時間は約１時間）

いずれかの時間帯に行わせていただきます。

**１．　適正な介護認定を行うため、ご本人の状態をよく知る主介護者の方に同席をお願いしております。**

**認定調査の立会いが可能な介護者の方のご連絡先をご記入下さい。（同居・別居は問いません）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先等 | フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | （　　　　）　　　　　　　自宅等・携帯電話・勤務先（　　　　）　　　　　　　自宅等・携帯電話・勤務先 |
| 訪問調査で都合のつかない日程等 |  |
| 連絡・調査で注意してほしいこと |  |

２.　**施設入所中の方の場合**は、施設職員にも立会いを依頼するなどして状況の確認を行っております。

この場合、ご家族の立会いを希望されますか。（どちらかを○で囲んでください。）

　　※希望される場合は、日程調整の連絡をさせていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 調　査　立　会　い　 | 希望する　・　希望しない |

**３**．　日常生活状態をお伺いします。（いずれかを○で囲んでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 日常生活状態 | 1. 身体に動かしにくさや不自由さがある。
2. 認知症がある。
3. 身体に動かしにくさや不自由さがあり、認知症がある。
 |

**４．**現在受けているサービスにチェックして、（　）に利用されている曜日・日程等をご記入下さい。

（居宅でサービスを利用されている方のみ）例：レ（介護予防）訪問介護（月、火）

|  |  |
| --- | --- |
| □　（介護予防）訪問介護（　　　　　　　）* （介護予防）訪問入浴介護（　　　　　　　）
* （介護予防）訪問看護（　　　　　　　）
* （介護予防）訪問リハビリ（　　　　　　　）
 | * （介護予防）通所介護（　　　　　　　　）

（デイサービス）* （介護予防）通所リハビリ（　　　　　　　　）

（デイケア）□　（介護予防）短期入所（　　　　　　　　）(ショートステイ) |