

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先) 高松市長

次のとおり申請します。

		申請年月日		令和		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 記号・番号		記号		番号				枝番				
	フリガナ				生年月日									
	氏名				性別									
	住所		〒										電話番号	
	前回の要介護 認定の結果等				有効期限		から				まで			
	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		有		入所施設名 所在地 期間									
			無											

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・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	
-----------------------	--

【窓口に来た人】(この欄は、窓口に来た人が被保険者又は提出代行者の場合に記入不要です。)

氏 名		本 人 と の 関 係	
住 所	〒	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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、高松市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、高松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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)こと、及び、更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、認定延期通知を省略することに同意します。

※裏面も御記入ください。

本人氏名

認定調査について

(1) 申請区分

申請区分を選択してください。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 区分変更	<input type="checkbox"/> 要支援からの変更申請
------	---	-------------------------------	-------------------------------------

(2) 調査対象者

訪問調査を受けられる方のお名前等を御記入ください。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名										

(3) 調査に係る連絡先

訪問調査日の日程調整等で御連絡させていただく連絡先を御記入ください。

調 査 連 絡 先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (氏名 本人との関係)	
	昼間連絡先	

(4) 調査場所・調査の立会いについて

調 査 の 場 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	住所又は名称	
調 査 の 立 会 い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名 本人との関係)	

(5) その他、調査に際しての連絡事項

連 絡 事 項	
---------	--

<受付担当者記入欄>

職権確認 (個人番号)	
----------------	--

個人番号 確認書類	1 個人番号カード	2 通知カード	3 個人番号が記載された住民票等	
	4 その他 ()			
申請者 確認書類	1 点のみで 可	1 個人番号カード	2 運転免許証	3 身体障害者手帳等
	2 点確認 必要	4 介護支援専門員証	5 その他 ()	
	1 介護保険被保険者証	2 介護保険納入通知書	3 長寿手帳	
	4 包括・事業所の職員証	5 その他 ()		

<介護保険課記入欄>

入力確認	資格者証	2号確認