

# 介護保険要介護・要支援認定申請書（区分変更）

佐伯市長様

MCWEL	受付簿

受付

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										
		被保険者証	記号						番号						枝番								
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日										
	氏 名											性 別	男 ・ 女										
	住 所	〒																					
		電話番号  —  —																					
	前回(現在)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 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日																					
	申請の理由																						
入 院 ・ 入 所	種別	名称・所在地										期 間											
	1. 介護保険施設 2. 医療機関	1・2	所在地 名称										入院・入所中 年 月 日～ 年 月 日										
	※過去6カ月間 について記入	1・2	所在地 名称										入院・入所中 年 月 日～ 年 月 日										

申 請 者	氏 名											本人との関係										
	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)																			
	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、及び主治医意見書等を、佐伯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、認定調査に従事した調査員又は佐伯市若しくは地域包括支援センターが主催する地域ケア会議の出席者に提示することを同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

問1. 認知症はありますか ある ・ ない

問2. 訪問調査に何う日時を調整するときには、どちらに連絡すれば良いですか。  
 ※連絡可能な連絡先を記入して下さい。

ふりがな	本人との 関係等	自宅電話番号 (携帯番号)	勤務先 電話番号	調査の同席
氏名				
(例)さいき たろう	長男	22-**** 090-****-****	〇〇 23-****	同席する・しない
佐伯 太郎				同席する・しない
				同席する・しない
				同席する・しない

調査が困難な日	毎週 曜日 _____ 日 _____
---------	------------------------------

備考・特記事項

認定結果 受取先	氏名	住所	本人との関係
		〒  電話番号	

※住所と異なる場合のみ記入してください