様式第７号(第６条関係)

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

阿蘇市長　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	
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		

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	年　月　日			
	氏名				性別	男・女			
	住所	〒 電話番号							
	現在の要介護状態区分等	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　年　月　日から　年　月　日まで							
	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	施設名称等 期間　年　月　日～　年　月　日						
			所在地						
		無							

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

第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	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、阿蘇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。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

※　本人氏名を代筆した場合は、
右記に記入してください。

代筆者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　本人との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆理由　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※訪問調査の日程調整に使用しますので、ご協力ください。

①現在、対象者はどこにおられますか？（該当する□に✔）

□　自宅　　□　介護老人福祉施設　□　介護老人保健施設　□　介護療養型医療施設　□　介護医療院 □　医療入院中（退院予定　　月　　日　　頃）　□　グループホーム　□　その他
施設名
所在地 電話番号（　　）

②申請受付後、約１～２週間以内に訪問調査を行います。
調査時に御家族等の立会いを希望されますか？（該当する方に〇）

はい　⇒　どなたが立ち会われますか？（　　様）（本人様との関係　　）
いいえ

調査の連絡先　昼間連絡の取れる電話番号　を教えてください。（該当する方に〇）

自宅　（表の電話番号でよい。）
その他（　　様宅・電話　　）

③通院や通所サービス等のご利用予定をご記入ください。

月	火	水	木	金

④どのようなサービスを希望されますか？（〇をつけてください。）

デイサービス （通所介護）	デイケア （通所リハビリ）	訪問入浴介護	訪問看護
訪問介護 （ヘルパー）	**※福祉用具の** 貸与・**購入**	**※住宅改修** （　　）	施設入所 （　　）
その他			

※住宅改修及び福祉用具の購入は、要介護認定結果通知後、別途申請が必要となります。

⑤市役所から主治医に意見書を依頼します。次回の受診予定日はいつですか？

⑥約１ヶ月後に結果通知と介護保険証を郵送します。どちらに郵送しますか？

自宅（表の住所でよい）
希望の通知先⇒　〒

ご協力ありがとうございました。

受付者名（　　）