様式第15号(第15条関係)

（表）

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

　滋賀県野洲市長　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 | | | |  | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　　 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護認定結果等 | | 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　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院又は入所の有無（有・無） | | 介護保険施設の名称・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　 年　月　日～ 　 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称・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・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2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)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野洲市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人等署名

（裏）

連絡調整票

　下記事項は、市から要介護認定調査の訪問日時等を電話で連絡する時に参考にさせていただくものです。記入漏れのないように確認した上で記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 平日に連絡のつく時間帯  電話番号（携帯電話可） | 曜日の　　時から　　時  電話番号：　　　　　　　　　　　　　　（自宅・携帯） |
| 連絡する家族等の氏名 | （本人との続柄　　　　　　） |
| 調査場所（住民票上の住所以外を希望の場合） |  |
| 調査時に家族等の同席 | する・しない |
| デイサービス・デイケアを利用している曜日 | 月・火・水・木・金　曜日 |

連絡先　介護保険課

※市処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 保険証 | 資格証 | 意見書 | 調査 | 照合 | 開示 | 備考 |
|  | 済・未 | 済・未 | 依頼  診断　／　マデ  提出 | ／　（　）  ：  調査員（　　　） |  | 本人・事業者  医師・調査員  その他（　　） |  |