介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更（新規）申請書

徳之島地区介護保険組合　管理者　殿

（　　経由）　次のとおり申請します

申　請　者　：

本人との関係　：

申　請　日　：　令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	医療保険情報 ※該当に印	□ 国民健康保険（　　町） □ 鹿児島県後期高齢者医療保険	□ 未加入（生活保護　等） □ その他　（保険者名称:　　記号番号:	
	フリガナ 氏　　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性別	
	住　　所 （住民登録地）	〒 891－ 鹿児島県大島郡		電話番号
	前回の要介護認定の結果等	※介護・要支援更新認定場合のみ記入	現在の要介護状態区分	
			有効期間　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日	
	変更申請の理由	**※状態の詳細を記載してください。**		
	過去6ヶ月の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	名称等・所在地	期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
		名称等・所在地	期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
		名称等・所在地	期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
		名称等・所在地	期間	令和　年　月　日 ～ 令和　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	

同意	※同意の場合□欄に印 □　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、及び主治医意見書を、本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。

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　　※保険証の写しを添付してください。

特定疾病名	

介護保険申請書の添付資料

※「調査ができる状況」になってから申請してください。

記入年月日	令和　　年　　月　　日	記入者氏名		
本人氏名		電話番号		
		固定電話		
受診予定	【　　年　　月　　日】又は【申請日から　14日以内　・　15日以上】			
現在の状況	1 在宅状況　一人暮らし ・ 高齢者夫婦世帯 ・ その他同居者あり(　　) 2 調査先　自宅 ・ 他(　　) 3 入居中　施設名(　　) 4 入院中　医療機関名(　　) 5 入院期間　令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 6 状態は　安定 ・ 不安定 ※退院又は介護療養型病棟へ転院・転床予定のない方、病状不安定の方の申請はお控えください。			
調査に当たっての留意点	**1 家族等、調査の際に立会いをされる方はいますか。** ① なし　・本人との電話連絡（ 可能 ・ やや問題あり ・ できない ） ・本人との意思疎通（ 可能 ・ やや問題あり ・ できない ） ② あり			

	氏名	続柄	電話番号	立会の留意点
1				
2				
3				

2 調査上の注意点　該当するものに〇をつけて空欄に具体的に記入してください。

① 骨折や転倒をしやすい
② 日内変動がある
③ 特殊な薬物を使用している
④ 島口でないと通じない
⑤ 認知症状がある
⑥ その他

（　　）

3 担当の居宅介護支援事業所

事業者名		ケアマネージャ氏名	