

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

玉村町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

[illegible]

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	
-------	--

・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、玉村町から地域包括支援センター、居宅介護（介護予防）支援事業者、居宅サービス事業者、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

(代筆者氏名)

電話番号

本人との関係

要介護（要支援）認定申請アンケート調査票

※この調査票は要介護（要支援）認定を円滑に実施するために記入をおねがいしているものです。

1. 申請後、ご自宅等にうかがってご本人の心身状態を調査いたします。訪問先はどちらですか。

① **現住所**（住所登録をしている所）

② その他（**施設・病院**）名称

住所

電話番号

2. 認定調査に家族等の立ち会いを希望しますか。

① **希望する**

立会者氏名

続柄

電話番号（日中必ず連絡のとれる番号）

（自宅・携帯・職場）

② **希望しない**

（立ち会いなしの場合でも、連絡先を必ずご記入ください。）

氏名

続柄

電話番号

◎代理の方が立ち会う場合は、**代理の方（ケアマネ・施設職員等）**のご連絡先を記入ください。

氏名

続柄又は本人との関係

電話番号

3. 家族構成についてお尋ねします。

① 一人暮らし

② 同居の家族がいる（

③ 同一敷地内に家族がいる（

） ④ 入所中

4. 主治医に最後に受診したのはいつですか。また、今後の受診の予定日はいつですか。

（※1か月以内の受診がない場合、意見書が書けないことがあります。）

受診状況 ・定期的に受診している（月に1回以上）・最近受診していない

・最終受診日 年 月 日

・受診予定日 年 月 日（ 予約済 ・ 予約未 ）

5. 介護保険サービスについてご記入ください。

① 利用中である

→ デイサービス・ヘルパー 他（

② 施設入所中である

③ すぐに利用したい

→ デイサービス・ヘルパー 他（

④ 今のところ利用予定はない→ 利用予定のない方は申請を受け付けることができません。

利用する時に申請をお願いします。

6. 現在入院中の方は、病棟・部屋番号と現在の様子、退院の予定をご記入ください。

① 病棟 号室

② 現在の様子はいかがですか a 落ち着いている（調査可能）

b 安定していない（調査は難しい）

③ 退院の予定 : 予定あり（ 月 日予定）・未定

入院中の方は、退院のめどがついてから申請をお願いします。

ご回答ありがとうございました。