

変更

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

三木町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

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 記号・番号		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 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2	
			有効期限				年 月 日	から 年 月 日	
	変更申請の 理由		裏面のとおり						
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設等の名称等・所在地				期間		年 月 日～年 月 日		
	介護保険施設等の名称等・所在地				期間		年 月 日～年 月 日		
	医療機関等の名称等・所在地				期間		年 月 日～年 月 日		
	有 ・ 無				医療機関等の名称等・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、主治医意見書、三木町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、三木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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

裏面もご記入ください。

代筆者氏名

変更申請は、認定有効期間中に心身の状態の変化により介護の必要の度合いに変化がある場合に、要介護（要支援）状態区分の変更が必要であるとして行う申請です。

以下のことを確認（チェック）、署名の上、変更申請書を提出してください。

- 審査の結果、従来の介護度と変わらない場合（申請却下）、また、従来より軽度の介護度になる場合があること。
- 担当ケアマネージャー等から、利用サービス等の影響について説明を受けている。

- ・在宅サービスの支給限度額（介護度が変わると利用できるサービス量の上限も変わる）
- ・サービス費用（デイサービスやショートステイ、施設入所等は介護度が重いほど費用が高くなる）
- ・利用できるサービスの種類・回数（施設入所は要介護の方しか利用できない等）
- ・変更申請を提出する時期（認定有効期間や本人の状態などを考慮）
- ・変更申請中のケアプランや申請却下となった場合の自己負担発生

被保険者番号

申請者（被保険者名） _____（ _____ ）

（代筆者氏名 _____ 続柄 _____ ）

変更申請の理由（具体的な状態）

どこが、どのように、いつから悪くなった、良くなった等、具体的に記入してください。

また、調査時に注意する事柄や悪性腫瘍など本人に告知していない病名などがありましたら、必ずご記入ください。

認定調査（月～金曜日 9時～15時 休日を除く）

調査場所 自宅 病院・施設等（病棟、病室までご記入ください） その他

_____（電話 _____）

調査員駐車スペース 自宅敷地内 なし 駐車できる場所（ _____ ）

家族状況 一人暮らし 同居（夫婦のみ） 家族同居

調査時の立会い（日常の状態を把握している方等）

希望しない 希望する （電話 _____）

フリガナ

立会者氏名 _____（続柄 _____）

訪問調整日（本人・立会者の都合の悪い曜日に×を付けてください。）

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

※デイサービス、通院等の理由もご記入ください。