様式第11号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書  　(宛先)甲州市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 性別 | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護認定の結果等 | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 介護保健施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | 期間　　　年　　月　　日～  　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 介護保健施設の名称等・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、甲州市から、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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**次回病院等受診日** 　　　　　　　 　　甲州市配食サービス　　有　　無

　　 　年　　　月　　　日　　　 　　　 思いやりパーキング　　有　　無

＊ 定期受診がある場合は、ご記入ください。

**居宅でのサービス利用の状況**

通所介護（デイサービス） 月　　火　　水　　木　　金　　土　　日

通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ（デイケア） 月　　火　　水　　木　　金　　土　　日

ヘルパー　　　　　　　　　　　　　　月　　火　　水　　木　　金　　土　　日

福祉用具貸与　　　　　　　　　　　　 有　・　無

＊ 利用がある場合は、必ず該当する項目に〇をお願いします。

**ショートステイなどの施設の利用予定**

　　　　年　　　月　　　日～　　 年　　　月　　　日　施設名（　　　　　　　　　）

　　　　年　　　月　　　日～　　 年　　　月　　　日　施設名（　　　　　　　　　）

　　　　年　　　月　　　日～　　 年　　　月　　　日　施設名（　　　　　　　　　）

＊ 利用がある場合は、必ずご記入ください。（予定も含む）

**◎認定調査等の連絡先(日中に連絡の取りやすい家族の方の記入をお願いします。）**

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄

連絡先 （自宅・携帯・職場）　　　　　　　　（　　　　　　　）

＊介護認定の申請に伴い、認定調査をいたします。

調査日等の調整をさせていただきますので、連絡の取りやすい連絡先をご記入ください。