

介護保険要介護要支援認定 変更申請書



箱根町長 様
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号										申 請 年 月 日													
	個 人 番 号										年 月 日													
	医 療 保 険					医 療 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 (歳)											
	氏 名																							
	住 所										〒		電 話 番 号 ()											
	前回認定の 状態区分等										要 介 護 状 態 区 分				要 支 援 状 態 区 分									
	※更新・変更の 場合のみ記入										要 介 護 1		要 介 護 2		要 介 護 3		要 介 護 4		要 介 護 5		要 支 援 1		要 支 援 2	
	※変更の場合 のみ記入										有 効 期 間		年 月 日 か ら				年 月 日							
過去6月間の 介護保険施設 医療機関等の 入院・入所の 有無										有		介護保険施設・医療機関の名称等				所 在 地		期 間						
										無								年 月 日 ～ 年 月 日						
																		年 月 日 ～ 年 月 日						

※申請には介護保険被保険者証が必要です。

※第二号被保険者の方は、医療保険の被保険者証（健康保険被保険者証）が必要です。

提 出 代 行 者	氏 名 又 は 名 称	該当に○	〔 家族（親族）等・民生委員・介護相談員等・成年後見人等・地域包括支援センター・介護医療院 ・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 〕
	住 所	〒	

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	
-----------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、箱根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。

本人氏名

----- ※町記入欄（何も記入しないでください） -----

居宅介護 支援事業者						立 会 者			電 話	
受 付	被 保 証	入 力	資 格 者 証 交 付	(備考)						
/	/	/	/	窓口						
				郵送						
				FAX						

下記の質問にお答えください。

- 1 変更申請する理由は何ですか。
 病院からの勧め 家族、知人からの勧め その他
 理由を具体的にお書きください。

()

- 2 日常生活で困っていることは何ですか。
 起き上がり 歩行 外出 家事 入浴 食事 トイレ 買い物
 その他 ()

- 3 現在利用しているサービスは何ですか。
 通所介護（デイサービス）（ 回/週 曜日）
 通所リハビリ（デイケア）（ 回/週 曜日）
 訪問介護（ホームヘルプ）（ 回/週 曜日）
 訪問看護（ 回/週 曜日） 訪問リハビリ（ 回/週 曜日）
 訪問入浴介護（ 回/週 曜日）
 看護小規模多機能型居宅介護（ ）
 福祉用具貸与（ ） 短期入所者生活介護（ショートステイ）
 その他施設サービス等（ ）

- 4 今後増やしたいサービスは何ですか。
 通所介護（デイサービス） 通所リハビリ（デイケア） 福祉用具貸与・購入
 訪問介護（ホームヘルプ） 訪問看護 訪問リハビリ 訪問入浴
 短期入所者生活介護（ショートステイ） 住宅改修
 良くなった（ ）
 悪くなった（ ）

- 5 現在の居所（認定調査場所） 自宅 施設 病院 その他（ ）

名 称	
住 所	〒 電話番号
駐車場	あり なし

- 6 認定調査立会人（認定調査員から日程調整のための連絡がいきます）

フリガナ	
氏 名	続柄（ ）
住 所	〒 携帯電話 電話番号
※連絡可能な時間帯や調査希望日などがありましたら、ご記入ください。	

- 7 認定結果送付先

フリガナ	
氏 名	続柄（ ）
住 所	〒