

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

美郷町長 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																		
	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																																					
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地																		期間 年 月 日～ 年 月 日																		
		介護保険施設の名称等・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・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																																				

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

医療保険者名																			医療保険被保険者証 記号番号																		
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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。美郷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

●サービス

現在利用しているサービス	・ヘルパー(身体 回/w・家事 回/w) ・デイサービス(回/w)	(その他)
希望するサービス	・ヘルパー(身体 回/w・家事 回/w) ・デイサービス(回/w)	住改・福祉用具貸与、同購入 短期入所、施設入所、配食サービス 緊急通報、在宅手当

●現況記入欄(相談内容や本人の健康状態等)

(記入者 :)

◎ 介護保険料等に関するチェック表

区分		滞納		チェック欄	期日	確認者
介護保険料収納状況 * どちらかに○印を記入。		無	有		年 月 日	
チェックリストアクロ入力 * 入力後に済と記載。					年 月 日	
各証明証発送状況		処理日			期日	処理者
介護保険被保険者証		月 日作成			年 月 日	
負担割合証		月 日作成			年 月 日	

↓ 詳細は◎欄のとおり

◎ 滞納明細(該当期別に金額を記載すること。)

年 月 日現在

(現)	年度	1期	2期	3期	4期	5期	6期	7期	8期	9期	10期	計
1	年度											
2	年度											
	計											

◎保険料徴収権消滅期間 (有・無)

給付額減額期間算出の基礎

(参考) 詳細は社会保険研究所出版「介護保険制度の解説」等を参照

$$\text{保険料消滅期間} \times \frac{\text{保険料徴収権消滅期間}}{\text{保険料徴収権消滅期間} + \text{保険料納付済期間}} \times \frac{1}{2} \times 12\text{月}$$