

# 介護保険 要介護・要支援状態区分変更認定申請書

(あて先) 高山市長 次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

申請代理人氏名 〔被保険者本人の場合記載不要〕			本人との関係	
提出代行者名称	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 〇 (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)			
申請代理人住所 〔被保険者本人の場合記載不要〕	〒 — —		電話番号	— —

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	<input type="checkbox"/> 岐阜県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 ( )			保険者番号						
		被保険者証	記号			番号			枝番			
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	本人氏名				性別	男 ・ 女						
	住所	〒 — —		電話番号		— —						
	前回の認定結果	有効期間			年	月	日から	年	月	日まで		
	変更申請の理由											
	申請時の介護保険施設医療機関等入院・入所	所在地 名称			入院・入所期間			年	月	日 ~ 年	月	日

主治医	医療機関名			主治医の氏名		
	所在地	〒 — —		電話番号	— —	

第2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 ※疾病名は裏面参照	
-----------------	--

同意欄	居宅サービス計画、施設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高山市からその計画を作成する事業者の関係人、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。	被保険者氏名
		代筆者氏名 (被保険者本人が記入できない場合のみご記入下さい)

認定結果送付先 〔被保険者住所と異なる場合のみご記入下さい〕	〒 — —	電話番号	— —
	(住所)		(氏名)

備考	認定調査立会希望	立会者氏名
	有・無	日中の連絡先

【 被保険者証提出  】

**【記録】**

<b>サービス利用状況</b>			
デイ	週	回	曜日
ショート	月	回	月 日 ~ 月 日 ・ 月 日 ~ 月 日
その他			
申請理由（必須・被保険者の状態を確認）			
歩行：			
排泄：			
食事：			
認知：			
その他日頃の状況（入院の場合は入院理由も記入）			

**【特定疾病】第2号被保険者の方が申請できる病名**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| ① がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る） | ⑧ 脊髄小脳変性症                    |
| ② 関節リウマチ  | ⑨ 脊柱管狭窄症                     |
| ③ 筋萎縮性側索硬化症   | ⑩ 早老症                        |
| ④ 後縦靭帯骨化症   | ⑪ 多系統萎縮症                     |
| ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症   | ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症   |
| ⑥ 初老期における認知症  | ⑬ 脳血管疾患                      |
| ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病                        | ⑭ 閉塞性動脈硬化症                   |
|   | ⑮ 慢性閉塞性肺疾患                   |
|   | ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |