

要介護（要支援）認定区分変更申請書

区分変更

御前崎市長 様
次のとおり申請します。

※医療保険の被保険者証の写しを添付して申請して下さい。

被保険者（介護等を要する者）	介護保険被保険者番号	0	0	0	0												申請年月日	令和	年	月	日								
	医療保険者名称													個人番号 (マイナンバー)															
	医療保険被保険者証 フリガナ	記号													医療保険者 番号														
	氏 名													番号															
	住 所	〒												番号															
	訪問調査先 (上記住所と異なる 場合のみ記入)	※病院・施設名、住所等												枝番															
	電話番号													生年月日	大正・昭和 年 月 日														
	性別													性 別	男 ・ 女														
	住 所	〒												電話番号															
	訪問調査先 (上記住所と異なる 場合のみ記入)	※病院・施設名、住所等												電話番号															
前回の 要介護認定の 結果等	要支援	1	2											要介護	1	2	3	4	5										
有効期間	令和 年 月 日												～ 令和 年 月 日																
変更申請 の理由 (理由をひとつ だけ選んで該当 に○)	☐ 現在の病状、状態の悪化 ☐ 入院による状態の悪化 ☐ 新たな疾患の発生による状態の悪化 ☐ 転倒、骨折等による状態の悪化 ☐ 現在の介護度への不服（サービス不足等） ☐ その他（ ）																												
過去6ヶ月間の 介護保険施設・ 医療機関等入所入院 の有無（該当に○）	名称等・所在地												期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日							
有・無	名称等・所在地												期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日							

申請者	フリガナ													被保険者から みた関係												
	申請者氏名													被保険者から みた関係												
	住 所	〒												電話番号												
連絡先	平日の昼間に確実に連絡の取れる電話番号（携帯電話・勤務先など） 電話番号																									

調査の立会い者 (該当に○)	申請者	被保険者から みた関係	家族（ ）
	申請者以外	(該当に○)	施設職員・病院職員・ケアマネジャー その他（ ）

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） 電話番号
---------	--

主治医	フリガナ 主治医の氏名													医療機関名												
	所 在 地	〒												電話番号												
	被保険者の最近の受 診日、または予定日	令和	年	月	日	※入院中の場合は記入不要																				

第2号被保険者（40歳から64歳）の方は、特定疾病名を必ず記入してください。

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の作成等介護保険事業の適正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・意見及び主治医意見書を、御前崎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。

現在の認定有効期間内に更新認定が行われるときは、要介護認定・要支援認定延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名（代筆者氏名）

御前崎市記入欄

調査日	月	日	()	システム	R	J	資格 発行 者証	保 険 証	回 収	保 険 料	管 理 簿
調査時間	:						済 ・ 未	済 ・ 未			
調査場所											
調査員											

