

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

記入例

※ **は記入必須**

組合 記入欄	被保険者証	資格者証	入力担当
	未・済	未・済(窓口・郵送)	

大里広域市町村圏組合管理者 宛
次のとおり申請します。

申請年月日 **令和●年●月●日**

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	●●●●●●●●●●●●●●●●	個人番号	記入不要です。		
	医療 保険 被保険者 記号・番号	記号	40~64歳までの方は太枠内を必ず記入してください。			
	フリガナ	コウイキ タロウ		生年月日	年 月 日	
	氏名	広域 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
	住所	〒●●●●-●●●● 介護市介護●-●		電話番号	()	
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	<input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2	
		有効期限	令和●年●月●日 から 令和●年●月●日			
	変更申請の 理由	骨折により歩行困難になり、排泄、入浴などに介助が必要となったため				
	過去6月間の 介護保険施設、医 療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称など・所在地	特別養護老人ホーム 介護	期間	令和●年●月●日~令和●年●月●日	
		介護保険施設等の名称等・所在地		期間	年 月 日~ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地	介護医院	期間	令和●年●月●日~		
	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・介護療養病)		
	住所	〒●●●●-●●●●	この太枠内は窓口にお越しになる方の氏名等を記入してください。	
		介護市介護●-●	電話番号	●●●●-●●●●-●●●●

主 治 医	主治医の氏名	介護 一夫	医療機関名	介護医院
	所在地	〒●●●●-●●●●	電話番号	●●●●-●●●●-●●●●
		介護市介護●-●		

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	●●●●●●
-------	--------

介護サービス結果・意見
関係人が取得した心身の状況等の情報を、大里広域市町村圏組合から地域包括支援センター、
事業者
合事業を
ことに同意します。

あるときは、要介護認定
サービス計画及び介護予
者若しくは地域密着型
員に提示する (地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行方台を占む)

40~64歳までの方は必ず記入してください。

被保険者の氏名をフルネームでご署名ください。

かかりつけの医療機関、もしくは現時点でのお体の状態をよく知る医療機関・医師名を記入してください。

本人氏名 **広域 太郎**

申請者記入欄 ※ご記入をお願いします。	調査連絡先 氏名・続柄	調査連絡先 電話番号	調査立会希望 (有の場合) 氏名・続柄	駐車場	ガソ リ 末	備考 (調査について、病棟 (病院の場合)・土日希望 ・夫婦同時希望・同一法人希望、暫定サービス利用等)
自宅又は 上記入院先等	① 看護師	① ●●●●●●●●	有 () <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有	2階病棟201号室調査、福祉用 具暫サービス利用有、2週間入院予 定、退院後は自宅調査、DS:火水
上記入院先等退院後	広域 太郎 (本人)	●●●●●●●●	<input checked="" type="radio"/> 有 (広域一郎・長男) ・ 無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="radio"/> 無	