

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

大淀町長 様

次のとおり申請いたします。

		申請年月日	令和 年 月 日		
介護保険 被保険者番号		個人番号 (マイナンバー)			
医療 保険	被保険者証 記号	番号		枝番	
	保険者名	保険者番号			
フリガナ		生年月日	大正 昭和	年	月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女		
被 保 険 者 情 報	住 所	〒 大淀町			電話番号
	前回の要介護 認定の結果等	要介護 1 2 3 4 5		要支援 1 2	
		有効期限 年 月 日 から			
変更申請 の理由					
現在の 入院・入所 (有・無)	医療機関名・介護保険施設名 (階 号室)			期 間	年 月 日から 年 月 日まで
過去6月間の 入院・入所 (有・無)	医療機関・介護保険施設名 (階 号室)			期 間	年 月 日から 年 月 日まで

※入院中で退院時期が未定であるなど、介護保険によるサービスの利用計画が立てられない場合は、当該申請書を提出いた
いても認定調査を実施することができません。医師（医療機関）等から心身の状態が安定し、適正な認定調査を実施するこ
とが可能であると判断がなされた後に認定調査を実施することとなります。

主 治 医	医療機関名	診療科目
	所在地	〒 主治医の氏名

第2号被保険者の方のみご記入ください。（40歳以上64歳までの方）

特定疾病名	
-------	--

申請者が介護保険サービス提供事業者の場合は、提出代行者欄に署名ください。（該当に○を記入してください。）

提出代行者 名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	
提出代行者 所在地	〒	電話番号

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営に必要なときは、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、主治医意見書、大淀町が提供を受けた介護サービス計画及び介護
予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、大淀
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、地域密着型サービス事業者、介護保
険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、
介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師または認定調査に従事した調査員に提示す
る（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む）ことに同意します。

※同意する場合は、氏名をご記入ください。 【本人・法定代理人等氏名】

《裏面も必ずご記入ください。》

