

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

あきる野市長 様

次のとおり申請します。

◎ 介護保険被保険者証を添付してください。(40歳から64歳の新規申請者を除く)

記入例

① 申請日を記入

| | | | | |
|-------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------|-----------------|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 | 申請日 | 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 |
| | 医療保険 被保険者証 | 記号 | 個人番号 | 番号 |
| | フリガナ | アキルノ タロウ | 生年月日 | 明・大・昭 1年 2月 3日 |
| | 氏名 | あきる野 太郎 | 性別 | 男・女 |
| | 住所 | 〒197-0814 あきる野市二宮350 | 電話番号 | 042 (1111) 1111 |
| | 前回の要介護認定の結果等 | 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | 電話番号 | () |
| | 変更申請理由 | ④ 変更申請の理由 骨折によりADL低下し、介護の手間が増大した為 | | |
| | 過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入所・入院の有・無(短期入所を除く) | 有 無 | 名称 | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |
| | | | 所在地 | 現在入院中 退院予定有 年 |

② 医療保険者証の番号を記入してください

③ 電話番号を記入

⑤ 6か月前から現在までの入院、施設入所の有無を記入 ※最新の状況を記入してください。

⑥ 病院と主治医について記入。

| | | | |
|-------------|-------|--------|----------|
| 主 治 医 | 医療機関名 | 主治医 | |
| | 診療科目名 | 直近の受診日 | 令和 年 月 日 |
| | 所在地 | 電話番号 | () |

**かかりつけの病院と主治医を記入してください。
注：主治医に記入してもらう必要はありません！**

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

※40歳～64歳の方のみ記入

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、あきる野市から地域包括支援センター、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ている者等に提出することに同意します。また、認定結果が非該当・要支援1・要支援2のときは、あきる野市から地域包括支援センターに提出することに同意します。

⑦ 本人氏名に名前を記入 代筆の場合は、代筆者の氏名も記入

本人氏名 あきる野 太郎 (代筆者氏名) あきる野 花子

◎ 認定調査に立ち会いされる方の連絡先を記入してください。

| | |
|--------|------------------|
| 住所 | 同上 |
| 氏名 | あきる野 花子 |
| 電話 | 同上 123-4567-8910 |
| 本人との関係 | 妻 |

⑧ 立ち会いをされる方の連絡先を記入
※携帯電話をお持ちの方は、携帯電話の番号もあわせてご記入ください。
※施設職員立ち会いの場合も記入してください。

| | | | |
|------------|-----|------------|----|
| 事務局 使用欄 | 受付者 | 案内 | 備考 |
| | | ① ②+意見書 | |

裏面のアンケートもご記入ください。