

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

明和町長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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												保険者番号																							
		被保険者 記号・番号		記号								番号						枝番																			
	フリガナ												生年月日		年		月		日																		
	氏名												性別		男・女																						
	住所		〒										電話番号																								
	前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2																								
			有効期限										年		月		日		から		年		月		日												
	変更申請の 理由																																				
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		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										期間		年		月		日		～		年		月		日											
有・無		〒										医療機関等の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日	
		〒																				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・介護医療院）																			
	住所		〒										電話番号									

主 治 医	主治医の氏名												医療機関名											
	所在地		〒										電話番号											

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、明和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、明和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又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。

本人氏名

【訪問調査日程等の連絡先】

フリガナ 氏名		本人との関係	同席者 該当者に☑	☐左記の方 ・ ☐未定 ☐その他の方(下に記入して下さい) ↓
電話	※日中連絡の取れる連絡先を記入		フリガナ	本人との関係
	1.	自宅・携帯・他 ()	氏名	
	2.	自宅・携帯・他 ()		
備考				
連絡のとれる時間帯は 月・火・水・木・金の () 時 ~ () 時 またはいつでも大丈夫				

注意事項

1. この申請書には、「介護保険被保険者証」を添付してください。
2. 第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）が申請する場合は、加入している医療保険の医療保険被保険者証を提示してください。
3. 代理の方が申請する場合は、「申請者代理者氏名」欄、「本人との関係」欄及び「住所」欄へ記入してください。なお、同居の家族以外の方が申請代理をする場合は、委任状（下記：代理人選任届）が必要となります。
4. 居宅介護支援事業者、介護保険施設等が申請書の提出を代行する場合は、「提出代行者名称」欄、「住所」欄へ記入してください。
5. 「主治医」欄には、かかりつけ医師の氏名、医療機関名等を記入してください。診療科名がわかれば、() 書きしてください。

代 理 人 選 任 届

代理人住所

氏 名

生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日

私は、上記の者を代理人に選任し、次の権限を委任したのでお届けします。

1. 介護保険 要介護認定・要支援認定・要介護更新認定・要支援更新認定 申請

2. その他 ()

年 月 日

委任者住所 明和町 番地

氏 名 印

明 和 町 長 あて