

## 介護保険要介護認定等区分変更申請書

【記入例】

雲南広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者氏名	広域 健太	本人との関係	長男
申請者住所	〒699-1311 雲南市木次町里方1100-6	電話番号	0854-47-7342

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要。

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) (担当者名: )
	住所	〒 現在お持ちの介護保険被保険者証に記載してある10桁の番号をご記入ください。

被保険者	介護保険被保険者番号	0000123456	個人番号	00000000000000
	医療保険	保険者名 島根県国民健康保険 被保険者記号・番号 記号 〇〇〇〇	第二号被保険者(40歳から64歳まで)の方は保険者名など医療保険情報をご記入ください。	
保	フリガナ	コウイキ タロウ	生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日
	氏名	広域 太郎	性別	男・女
険	住所	〒699-1311 雲南市木次町里方1100-6	電話番号	0854-47-7342
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 有効期限 令和〇〇年〇月〇〇日から 令和〇〇年〇月〇〇日	変更申請の理由は必ずご記入ください。	
者	変更申請理由	〇月〇日に脳梗塞発症し現在リハビリ中であるが、発症前よりも身体及び認知機能の低下があり、介護量が増大しているため。		
	介護保険施設、医療機関等への入院、入所(予定を含む)の有無	有 〇〇病院 介護保険施設等の名称等・所在地	期間	令和〇年〇月〇日~令和〇年〇月〇日
		無	期間	年 月 日~ 年 月 日

主治医	主治医の氏名	雲南 花子	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇〇〇〇 〇〇町123-4	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

主治医の氏名はフルネームでご記入ください。

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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、雲南広域連合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、雲南広域連合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(又は従事する者)を経由して電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

必ず被保険者の方の氏名をご記入ください。

本人氏名

広域 太郎

※処理欄

調査委託先: