

介護保険 要介護（要支援）認定区分変更申請書

太 子 町 長 様

次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

|                                           |                                      |                                   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |         |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|----|--|--|--|---------|-------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>者                               | 被保険者番号                               |                                   |  |  |  |  |  |    |  |  |  | 個 人 番 号 |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | フリガナ                                 |                                   |  |  |  |  |  |    |  |  |  | 生 年 月 日 | 年 月 日 ( 才 ) |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 氏 名                                  |                                   |  |  |  |  |  |    |  |  |  | 性 別     | 男 ・ 女       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 住 所                                  | 〒                                 |  |  |  |  |  |    |  |  |  |         |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           |                                      | 電話番号                              |  |  |  |  |  |    |  |  |  |         |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 医療保険情報<br>※□に✓して<br>ください             | □太子町国民健康保険 □大阪府後期高齢者医療保険 □その他 ( ) |  |  |  |  |  |    |  |  |  |         |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           |                                      | 記号                                |  |  |  |  |  | 番号 |  |  |  |         |             | 枝番 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現在の要介護<br>認定の結果等                          | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 |                                   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |         |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 有効期間 年 月 日から 年 月 日                   |                                   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |         |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険施設・医<br>療施設等入所・入<br>院の有無<br>(短期入所を除く) | 有<br>・<br>無                          | 入所・入院施設名                          |  |  |  |  |  |    |  |  |  |         |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           |                                      | 所在地                               |  |  |  |  |  |    |  |  |  |         |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者氏名        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人との関係                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者住所        | 〒                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 認 定 結 果 等<br>送 付 先 住 所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 電話番号                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 提出代行者<br>名 称 | 該当に○<br>(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・<br>介護医療院) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-----------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住 所 | 〒    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 医療機関名<br>(診療科名) | ( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2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（介護予防）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・<br>要支援認定に係る調査内容、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地域包括支援センタ<br>ー・居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又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<br>定調査に従事した調査員に提示することに同意します。<br>・判定結果が非該当・要支援1・2となった場合は、地域包括支援センターへ私の氏名・住所・生年月日・連絡先・要介<br>護認定・要支援認定に係る調査内容・判定結果・意見、及び主治医意見書・契約している場合はその居宅介護支援事<br>業者名を情報提供することに同意します。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本 人<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 代筆者<br>氏 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

事務処理欄

|            |           |      |      |     |  |    |
|------------|-----------|------|------|-----|--|----|
| 認定調査<br>依頼 | 意見書<br>依頼 | 認定入力 | 申請入力 | 保険料 |  | 確認 |
|            |           |      |      |     |  |    |
| /          | /         | /    | /    | /   |  |    |