# 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。　　申請年月日　　年　　月　　日

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 介護保険被保険者番号 | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 個人番号 | 123456789123 | |
| | 医療保険 保険者名 | 東京都後期高齢者医療広域連合 | | | | | | | | | | 保険者番号 | 39132287 | |
| | 医療保険 被保険者証 記号 | | | | | | | | | | | 番号 | 10000000 | 枝番 |
| | フリガナ | アキルノ　タロウ | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・(昭)　25年　1月　1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<br>電話番号　042-558-1111 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護状態区分　(1)　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2<br>有効期限　令和　7 年　2 月　1 日　から　令和　9 年　3 月　31 日 | | | | | | | | | | | |
| | **変更申請理由** | 「骨折による身体状態の悪化」等、変更申請をする理由を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| | 過去6か月間の介護施設、医療機関等への入院、入所の有無 | 名　称 | | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| | 有　・　無 | 電　話 | | | | | | | | | | | | 日 |

**入院中、施設入所中等、住所地以外に居所がある場合は記入してください。**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 医療機関名 | | 主治医の氏名 | |
| | 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！**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 提出代行者 | 名称 | 該当に○ | 医療院） |
| | 住所 | | |

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（必ず健康（医療）保険の情報欄も記入してください。）

| | |
|---|---|
| 特定疾病名 | |

介護サービス計画の作成　判定結果・意見、主治医意見書、あきる野市が提供する野市から地域包括支援しくは地域密着型介護予支援事業として介護情報　の状況等の情報を、あきる予防サービス事業者若査員に提示する。（地域

ケアマネジャー等がケアプランを作成するなどの介護保険事業の適切な運営のため、必要があるときは関係人等に情報提供をする（介護基盤情報経由で電子的に行うものを含む）ことへの同意書です。同意いただける場合はご署名ください。

本人氏名　　代筆者氏名

**◎　認定調査に立ち会いされる方等、ご家族等の連絡先を記入してください。**

住　所

氏　名

電　話

**立ち会い者、または、何か連絡を取りたいときのために本人以外の平日、昼間、連絡が取れる方の連絡先を記入してください。**

対象者との関係

**対象者が入院中・施設入所中の場合のご家族の立ち会い希望について「○」をしてください。希望がなくても立ち会い者欄の連絡先は記入してください**

※　入院・施設入所中の場合の家族立ち会い希望
あり　　なし

| 認定調査 | 備　考 |
|---|---|
| 入力 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 用欄 | | ② ＋ 意見書 | 未回収 | | | |