

医療保険情報や被保険者情報の入力・該当項目を○で選択

要介護認定・要支援認定区分変更申請書

○人様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 ○年 ○月 ○日

| | | | |
|---------------------|-------------------------------|---------|-----------------------|
| 介護保険被保険者番号 | 0000000000 | 個人番号 | |
| 医療保険被保険者記号 | 国民健康保険など | 保険者番号 | 123456789 |
| 被保険者記号 | う国など | 番号 | 1234 |
| | | 枝番 | 01 |
| 変更申請理由を記入 | ケア 知的 うるま 太郎 | 生年月日 | 明・大・昭 ○年○月○日 |
| | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 000-0000 うるま市○町○番地 建物名など | 電話番号 | 000-0000-0000 |
| 前回の要介護認定の結果 | *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 |
| | | 有効期限 | 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日 |
| 過去6月間に施設入所や入院があれば記入 | 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 |
| | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 | 年 月 日～年 月 日 |

| | | | |
|----------|---|--------------|-------------------|
| 申請者情報を記入 | 申請者名 うるま 次郎 (ケアマネージャーなどの代理申請者も記入) | 本人との関係 | 子 (ケアマネージャーなど) |
| | 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) | | |
| | ※家族が申請する場合は記載不要 | | |
| | 〒 000-0000 | 申請者または事業所の住所 | |
| | 電話番号 000-0000-0000 | | |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|-------|-------|
| 主治医の情報を記入 | 主治医の氏名 | うるま 花子 | 医療機関名 | うるま病院 |
| | 所在地 | 〒 電話番号 | | |

| | |
|------------|------------------------|
| 65歳未満の方は記入 | (40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 |
| 特定疾病名 | 脳血管疾患など |

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、うるま市が提供を受けた介護サービス計画並びに居宅介護支援事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防支援センター、介護サービス事業者、地域密着型介護サービス施設、介護予防支援センター若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関与、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出する(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。)こと及び裏面の記載事項に同意します。

| | | | | | |
|------|--------|-------|--------|----|---|
| 本人氏名 | うるま 太郎 | 代筆者氏名 | うるま 次郎 | 続柄 | 子 |
|------|--------|-------|--------|----|---|

被保険者氏名

代筆の場合は記入