様式第８号（第８条関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

組合記入欄	被保険者証	資格者証	入力担当
	未・済	未・済（窓口・郵送）	

大里広域市町村圏組合管理者　宛
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		
	医療保険 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		

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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、大里広域市町村圏組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、大里広域市町村圏組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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者記入欄 ※ご記入をお願いします。	調査連絡先 氏名・続柄	調査連絡先 電話番号	調査立会希望 (有の場合) 氏名・続柄	駐車場	ｶﾞﾝ末	備考（調査について、病棟（病院の場合）・土日希望・夫婦同時希望・同一法人希望、暫定ｻｰﾋﾞｽ利用等）
自宅又は上記入院先等	①	①　－　－	有（　　）・無	有・無	有・無	
	②	②　－　－				
上記入院先等退院後		－　－	有（　　）・無	有・無		