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

記入例

※ ［　］は記入必須

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　令和●年●月●日

被保険者	介護保険被保険者番号	●●●●●●●●●●	個人番号	記入不要です。
	医療保険 保険者名			
	医療保険 被保険者記号・番号	記号	番号	枝番
	フリガナ	コウイキ　タロウ	生年月日	年　月　日
	氏名	広域　太郎	性別	男・女
	住所	〒●●●－●●●● 介護市介護●－●	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　令和●年●月●日　から　令和●年●月●日		
	変更申請の理由	骨折により歩行困難になり、排泄、入浴などに介助が必要となったため		
	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など・所在地：特別養護老人ホーム　介護	期間：令和●年●月●日～令和●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：介護医院	期間：令和●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	

40～64歳までの方は太枠内を必ず記入してください。

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）		
		広域　花子		
	住所	〒●●●－●●●●	電話番号	●●●－●●●－●●●●
		介護市介護●－●		

この太枠内は窓口にお越しになる方の氏名等を記入してください。

主治医	主治医の氏名	介護　一夫	医療機関名	介護医院
	所在地	〒●●●－●●●● 介護市介護●－●	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	●●●●●

40～64歳までの方は必ず記入してください。

・介護サービ…あるときは、要介護認定…
果・意見…サービス計画及び介護予…
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、…
ス事業者…者若しくは地域密着型…
合事業を…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。

被保険者の氏名をフルネームでご署名ください。

かかりつけの医療機関、もしくは現時点でのお体の状態をよく知る医療機関・医師名を記入してください。

本人氏名　広域　太郎

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 看護師	①●●●-●●●-●●●●	有（　）・無	有・無	有・無	2階病棟201号室調査、福祉用具暫ｻｰﾋﾞｽ利用有、2週間入院予定、退院後は自宅調査、DS:火水
	②	②　－　－				
上記入院先等退院後	広域　太郎（本人）	●●●-●●●-●●●●	有（広域一郎・長男）・無	有・無		