

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

[illegible]

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	〒 ●●●●-●●●●	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。 介護市介護●-●
		電話番号	●●●●-●●●●-●●●●

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 ●●●●●

・介護サービス利用の意向、結果、意見 **40～64歳までの方は必ず記入してください。** あるときは、要介護認定サービス計画及び介護予防サービス計画及び介護予防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、事業者 **被保険者の氏名をフルネームでご署名ください。** 若しくは地域密着型合事業を **被保険者の氏名をフルネームでご署名ください。** 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 **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	ガソリン ※	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、暫定サービス利用等)
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、福祉用具暫サービス利用有、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	無	