

介護保険（要介護・要支援）認定変更申請書

東 広 島 市 長 様

次のとおり申請します。

資格確認	調査・意見書依頼	調査入力	調査確認	意見書入力

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒 ー 電話番号（ ） ー			
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分	1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分 1 2
		有効期間	令和 平成 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
	変更申請の理由				
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日	
		介護保険施設の名称等・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		

提出代理人	氏名	該当に○（家族・民生委員）	本人との続柄
	住所	〒 ー 電話番号（ ） ー	

提出代行者	名称	該当に○（地域包括支援センター・指定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・介護療養型医療施設・介護医療院）	印
	住所	〒 ー 電話番号（ ） ー	

主治医	主治医の氏名		医療機関名
	所在地	〒 ー 電話番号（ ） ー	

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入 ※医療保険証の写しを添付してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
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、及び主治医意見書を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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

また、保険給付の制限等のために必要があるときは、その内容を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、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名 印

■市の職員または委託を受けた介護支援専門員が訪問し、本人（調査対象者）や家族から聞き取り調査を行いますので、連絡先・調査場所を記入してください

本人	フリガナ		被保険者番号															
	氏名		電話番号	()	—													

訪問調査の際には、ご本人と、本人の状況をよくご存じの方にできるだけ同席をお願いします。また、同席が可能な方について、ご本人との関係をご記入ください。

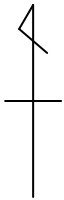
<input type="checkbox"/>	訪問調査に同席する (同席者の氏名：) 続柄： ()
<input type="checkbox"/>	訪問調査に同席しない

↑どちらかに○を記入してください。

訪問調査の日時・場所を調整するため、誰に連絡をすればよいかご記入ください（できるだけ、日中連絡の取れる連絡先を記入してください）。

連絡先	フリガナ		本人との関係	本人・家族・その他 ()
	氏名		日中、連絡のとれる電話番号	自宅・携帯・その他 () () —

(訪問調査場所の位置図)



※ 調査対象者が入院・入所されている場合は、病院名（施設名）・部屋番号を記入してください。

※ 目印となる建物等を併せてご記入ください。