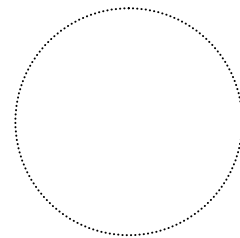


# 介護保険 要介護認定変更申請書



愛川町長殿

次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

|                            |                    |                               |           |         |
|----------------------------|--------------------|-------------------------------|-----------|---------|
| 被保険者番号                     |                    | 個人番号                          |           |         |
| 被<br>保<br>険<br>者           | 医療保険               | 保険者名                          | 保険者番号     |         |
|                            |                    | 被保険者証 記号                      | 番号 枝番     |         |
|                            | フリガナ               | 生年月日 明・大・昭 年 月 日              |           |         |
|                            | 氏名                 | 性別                            | 年齢 歳      |         |
|                            | 住所                 | 〒 ー 電話番号 ( ) ー                |           |         |
|                            | 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1 要支援2 |         |
|                            |                    | 有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日      |           |         |
|                            | 変更申請の理由            |                               |           |         |
|                            | 過去6ヶ月の間に入院・入所がある場合 |                               |           |         |
|                            | 施設名                | 階                             | 病棟        | 号室(入院中) |
| 所在地                        |                    |                               |           |         |
| 期間                         | 年 月 日 ~ 年 月 日      |                               |           |         |
| 調査立会者の連絡先<br>(昼間必ず連絡がとれる所) | フリガナ               |                               |           |         |
|                            | 氏名                 | 被保険者との関係                      |           |         |
|                            | 住所 〒 ー             | 連絡先電話番号<br>自宅・勤務先・携帯<br>( ) ー |           |         |

\* 本人以外の方が申請される場合のみ記入（代行申請も除く）

|             |        |               |  |
|-------------|--------|---------------|--|
| 申<br>請<br>者 | フリガナ   |               |  |
|             | 氏名     | 被保険者との関係      |  |
|             | 住所 〒 ー | 電話番号<br>( ) ー |  |

【確認欄】町が記入します。

本人申請の場合

|                  |   |                  |  |             |
|------------------|---|------------------|--|-------------|
| 番<br>号<br>確<br>認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳<br>(身元確認不要) <input type="checkbox"/> システム確認<br><input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 住民票(番号有) ( ) | 身<br>元<br>確<br>認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> その他写真付き証明書( )         | 確<br>認<br>印 |
|                  |   |                  | 2点以上 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証<br><input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |             |

代理人申請の場合（代行申請含む）

|             |   |                                 |   |             |
|-------------|---|---------------------------------|---|-------------|
| 代<br>理<br>権 | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 委任状(代行申請除く)<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  | 代<br>理<br>人<br>身<br>元<br>確<br>認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員証<br><input type="checkbox"/> その他官公署から発行・発給された写真付き証明書<br>( ) | 確<br>認<br>印 |
|             | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳<br><input type="checkbox"/> システム確認<br><input type="checkbox"/> 住民票(番号有) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                 | 2点以上 <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |             |

|       |       |                |          |  |
|-------|-------|----------------|----------|--|
| 主治医   | 医療機関名 |                | 主治医の氏名   |  |
|       | 所在地   | 〒 ー 電話番号 ( ) ー |          |  |
| 最終受診日 | 年 月 日 | 受診予定日          | 令和 年 月 日 |  |

**\* 提出代行者がいる場合のみ記入**

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 種別<br>(該当するものに○を)     | 地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設 |
| 名称                    |   |
| 住所                    | 〒 ー 電話番号 ( ) ー                            |
| 窓口に来庁した<br>ケアマネジャー等氏名 |   |

介護サービス計画を作成する時や、一般保健福祉サービスを行なう際に必要がある時は、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したり、町関係機関に情報提供を行なうことに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

代理人選任届

愛川町長 殿

私は、要介護認定変更・要支援認定変更申請について、申請者欄に記載した者または提出代行者欄に記載した事業者等を代理人に選任し、その権限を委任したのでお届けします。

令和 年 月 日 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| 現在のケアプラン<br>作成事業所名 | ケアマネジャー氏名 |
|--------------------|-----------|

|     |   |
|-----|---|
| 備考欄 | (サービス内容・利用日、通院日等、立会者の都合等及びサービスの利用希望(予定)、最近の入所、入院状況、疾病、認知症の状況等、認定手続きにあたり留意すべき事項を記入してください)              |
|     | 申請の動機： <input type="checkbox"/> 交通事故などの第三者行為 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 |

※40～64歳の方は、別紙もあわせてご提出ください。