

## 介護保険

## 要介護認定・要支援認定区分変更

## 申請書

宜野湾市長 佐喜眞 淳 様

次のとおり申請します。

個人番号

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号						申請年月日	令和 年 月 日	
	医療保険	保険者名					保険者番号		
		被保険者	記号				番号		
		フリガナ					生年月日		
		氏名					性別		
		住所	〒 -						
		電話番号							
		前回の要介護認定の結果等 ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 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 月間の 介護保険施設 医療機関等 入院・入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地				期間			
		介護保険施設の名称等・所在地				期間			
		医療機関等の名称・所在地				期間			
		医療機関等の名称・所在地				期間			
		医療機関等の名称・所在地				期間			

申 請 者	申請者氏名				続柄 (本人との関係)	
	提出代行者	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・指定介護療養型医療施設)				
	住所	〒 -				
	電話番号					
	訪問調査の際の連絡先	TEL			曜日の時頃	
	立会人氏名					

主 治 医	主治医の氏名			医療機関名	
	所在地	〒 -			
	電話番号				

2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	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、宜野湾市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若しくは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。

本人氏名

代筆者氏名

# 委 任 状

宜野湾市長 殿

## 受任者(窓口に来た方)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

私は、上の者を代理人と定め、

( 介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請 ) の権限を委任致します。

令和 年 月 日

## 委 任 者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者 \_\_\_\_\_ (続柄 )

以下について説明がありましたか。

- 身心の状態変化による申請ですか。
- 区分変更後のサービスや利用負担について、十分説明がありましたか。
- 退院の目途が立たない状況での申請となつておませんか。
- 調査の立会について説明がありましたか。
- 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書の届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただく場合があります。

※申請時には保険証の提出が必要となりますので、**介護保険被保険者証**を受任者へお渡しください。