様式第７（第７条関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

（あて先）高 浜 市 長
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和　年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
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・指定介護療養型医療施設） 印		
住　所	電話番号　（　）		

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ 氏　名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性別	男　・　女
	住　所	〒　－ 高浜市　町　丁目　番地 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　要支援区分　１　２		
		有効期限　平成・令和　年　月　日　から　平成・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　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	

主治医	医療機関名		診療科目および主治医名	
	所在地	電話番号　（　）		
指定医	医療機関名		担当医名	

第２号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

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、地域密着型介護サービス等事業者又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。

◎高浜市地域包括支援センターで管理する「窓口相談カルテ」への登録に協力することに同意します。

◎認定調査を介護保険施設、病院等で実施する場合は調査員がわたしの日常の状況について施設職員等に聞き取りをすることに同意します。

本人氏名　　代筆者氏名　　（本人との関係　　）

受付者	FAX	申請入力	認定調査機関名	保険証回収日	資格者証発行日	番号確認	身元確認	備考
				／	／			

最終受診日　・　次回受診予定日　※いずれかに○をつけて下さい	年　月　日	