

|                                                       |                               |           |  |  |  |  |  |  |  |              |                                                                         |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--------------|-------------------------------------------------------------------------|-------|--|-------------|--|----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|
| 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書                               |                               |           |  |  |  |  |  |  |  |              |                                                                         |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 米原市長 様                                                |                               |           |  |  |  |  |  |  |  |              |                                                                         |       |  | 申請年月日 年 月 日 |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 次のとおり申請します。                                           |                               |           |  |  |  |  |  |  |  |              |                                                                         |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                      | 被 保 険 者 番 号                   |           |  |  |  |  |  |  |  |              | 個 人 番 号                                                                 |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                                                       | 医<br>療<br>保<br>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 年 月 日                                                           |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                                                       | 氏 名                           |           |  |  |  |  |  |  |  |              | 年 月 日                                                                   |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                                                       | 住 所                           |           |  |  |  |  |  |  |  |              | 〒 電話番号                                                                  |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                                                       | 前 回 の 要 介 護<br>認 定 の 結 果 等    |           |  |  |  |  |  |  |  |              | 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 年 月 日から 年 月 日まで                                                    |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                                                       | 14日以内に他自<br>治体から転入し<br>た者のみ記入 |           |  |  |  |  |  |  |  |              | 転出元自治体(市町村)名                                                            |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                                                       |                               |           |  |  |  |  |  |  |  |              | 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を<br>申請中ですか。(既に認定結果通知を受け取っ<br>ている場合は「いいえ」を選択してください。) |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                                                       |                               |           |  |  |  |  |  |  |  |              | はい ・ いいえ<br>「はい」の場合のみ記入<br>申請日 年 月 日                                    |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                                                       | 変 更 申 請 の 理 由                 |           |  |  |  |  |  |  |  |              |                                                                         |       |  |             |  |    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 過 去 6 月 間 の 介<br>護 保 険 施 設 医 療 機<br>関 等 入 院 入 所 の 有 無 |                               |           |  |  |  |  |  |  |  | 介護保険施設の名称所在地 |                                                                         |       |  |             |  |    |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                                                       |                               |           |  |  |  |  |  |  |  | 介護保険施設の名称所在地 |                                                                         |       |  |             |  |    |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                                                       |                               |           |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関等の名称所在地  |                                                                         |       |  |             |  |    |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 有・無                                                   |                               |           |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関等の名称所在地  |                                                                         |       |  |             |  |    |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |

|                       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>者 | 名 称 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・<br>介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 所 在 地  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〒 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第 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

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書を米原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も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また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