

# 介護保険要介護認定等変更申請書

(あて先) 一宮市長  
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                                               |          |
| 住 所           |     | 連絡先<br>( ) —                                         |          |
| 提出<br>代行<br>者 | 名 称 | 該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院) |          |
|               | 住 所 | 電話番号<br>( ) —                                        |          |

|                  |                              |    |                                     |                |             |                   |       |  |
|------------------|------------------------------|----|-------------------------------------|----------------|-------------|-------------------|-------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                       |    |                                     |                | 個人番号        |                   |       |  |
|                  | フリガナ                         |    |                                     |                | 生年月日        | 明治・大正・昭和<br>年 月 日 |       |  |
|                  | 氏 名                          |    |                                     |                | 性 別         | 男 ・ 女             |       |  |
|                  | 住 所                          |    | 〒 1. 申請者に同じ<br>2. 一宮市               |                | 電話番号        | ( ) —             |       |  |
|                  | 現在の要介護<br>状態区分               |    | 要介護状態区分 1 2 3 4 5                   |                | 要支援状態区分 1 2 |                   |       |  |
|                  | 変更申請の理由                      |    | ①心身の状態変化のため ( 悪化 ・ 好転 )<br>②その他 ( ) |                |             |                   |       |  |
|                  | 現在入所中の<br>介護保険施設、<br>医療機関の有無 |    | 施設名                                 | ※ 入所中(入院中)を含む。 |             |                   |       |  |
|                  | 有 ・ 無                        |    | 所在地                                 | 〒              |             | 電話番号              | ( ) — |  |
|                  |                              | 期間 | 年 月 日 から                            |                | 年 月 日       |                   |       |  |

|                 |       |            |                          |        |       |  |
|-----------------|-------|------------|--------------------------|--------|-------|--|
| 主治医<br>(意見書依頼先) | 氏 名   |            |                          | 医療機関名  |       |  |
|                 | 所 在 地 | 〒          |                          | 電話番号   | ( ) — |  |
|                 | 受診状況  | 1. 定期的に受診中 | 2. 以前受診していたが、最近では受診していない | 3. 未受診 |       |  |

|               |                                                                                                                  |  |       |  |    |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|----|
| 医療保険<br>保険者名  | <input type="checkbox"/> 一宮市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 一宮市後期高齢者医療保険<br><input type="checkbox"/> その他(保険者名: ) |  | 保険者番号 |  |    |
| 被保険者<br>記号・番号 | 記号                                                                                                               |  | 番号    |  | 枝番 |
| 特定疾病名         | ※ 第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方は、左記の欄を記入してください。また、マイナ保険証をお持ちでない方は資格確認等を提示してください。(コピーでも可。)                        |  |       |  |    |

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、一宮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

|  |
|--|
|  |
|--|

申請される方は、太枠内をすべてご記入ください。

|      |    |    |     |     |      |    |
|------|----|----|-----|-----|------|----|
| 情報提供 | 入力 | 一次 | 意見書 | 調査票 | 資格者証 | 受付 |
|      |    |    |     |     |      |    |