記入例

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

扶桑町長　様

次のとおり申請します。　　　　　　申請年月日　　令和 0年 00月 00日

被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	医療保険 保険者名	後期高齢者医療保険	保険者番号	39232285	
	医療保険 被保険者証	記号		番号	12345678	枝番
	フリガナ	フソウ ハナコ	生年月日	昭和00年 00月 00 日 (00)歳	
	氏　名	扶桑 花子	性　別	男 ・ 女（女に○）	
	住　所	〒480-0102 扶桑町大字高雄字天道330番地 電話番号 93-1111			
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　1 2（○） 3 4 5　要支援状態区分　1 2			
		有効期間　令和00年00月00 日 から 令和00年00月00日			
	変更申請の理由	※変更申請の理由を記入してください。(例:体調悪化のため)			
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無　有 ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地 ↑ 施設に入所している場合は記入してください。	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 ↑ 施設に入所している場合は記入してください。	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		

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・介護医療院） 窓口に提出される方の氏名を記入(本人が提出する場合は不要です。)
	住　所	〒 ○○○○○　電話番号 00-0000

主治医	主治医の氏名	○○○○○	医療機関名	○○○○○
	所在地	〒 ○○○○○	電話番号	○○○○○

第二号被保険者（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、主治医意見書、扶桑町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、扶桑町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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名　扶 桑 花 子

(※代筆の場合は代筆者の氏名と続柄を記入)

任意記入欄

●現在利用している介護保険外のサービスについて（いずれかに○をつけて下さい）

なし ・ あり（ 公共宅老・医療リハビリ・その他（ ））

●介護認定調査について（いずれかに○をつけて下さい）

① 曜日希望（「あり」の場合、ご希望の曜日に○をつけて下さい）

なし ・ あり ：月 ・火 ・水 ・ 木 ・金

② 時間帯希望（「あり」の場合、ご希望の時間帯に○をつけて下さい）

なし ・ あり ：午前（9 時 30 分始まり）・午後（13 時 30 分始まり）

※上記以外の時間を希望の場合は窓口にてご相談下さい。

③ 同席者の有無（「あり」の場合、同席者の方の氏名・続柄をご記入下さい）

あり（氏名： **扶桑 太郎** 続柄 **夫** ）

なし

※調査の際にはご本人の状況を良くご存じの方に同席をお願いしています。

④ 調査員が車で伺う場合、調査用の車両を停める場所はありますか。

あり： 場所【 **自宅敷地内駐車場に停めてほしい** 】

なし ※雨天時等の場合、調査員が車でお伺いする事があります。

＜調査日時調整のための連絡先＞

※ご自宅以外に連絡を希望される方はご記入下さい。

名称又は氏名（ **扶桑 太郎** ）

電 話 番 号（ **090－〇〇〇〇－〇〇〇〇** ）

連絡希望時間帯（ **10時以降** ）

役場記入欄

※ご本人の心身の状況、調査の進め方等調査での留意事項を記載。