

要支援の方が、状態悪化のため変更したい
 ときにこの申請書をご利用ください。

介護保険

要介護認定・要支援認定
~~要介護更新認定・要支援更新認定~~

申請書

介護
 ※変更の理由

浜田地区広域行政組合管理者 様

次のとおり申請します。

余白に赤字で「介護」と「変更の理由」を赤字でご記入ください。

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---------------------------------|--------------|---------|-------|-----|-------|---|---------|---|---|
| 被 保 険 者 | 介護保険 被保険者番号 | | 個人番号 | | 申請年月日 | | | | | | |
| | 医療 保険 | 保険者名 | 保険者番号 | | | | | | | | |
| | | 被保険者 記号・番号 | 記号 | 番号 | 枝番 | | | | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 日 | | | | | |
| | 氏名 | | 性別 | 男・女 | | | | | | | |
| | 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 | 年 月 日から | | | 年 月 日 | | | | |
| | | ※14 日以内に他 自治体から転入 した者のみ記入 | 転出元自治体（市町村）名 | [] | | | | | | | |
| | 過去 6 月間の 介護保険施設・医療機関 等の入院、入 所の有無 | 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 | | |

「要支援状態」である被保険者が心身の状態の悪化に伴い区分を変更したいときは、新規の「要介護認定の申請（法第 27 条）」をしてください。

| | | | |
|---------------|-------|--|--|
| 提出 代行 者 | 名称・氏名 | 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 | |

| | | | |
|-----|--------|--------|--|
| 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、及び主治医意見書を、浜田地区広域行政組合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等、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

※常用漢字を用いておりますので、旧字体の氏名等が、正しく印字できない場合があります。