

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

富士宮市長 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

市職員が個人番号を記載することに同意する

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号				個人番号			
	医療 保 険	保険者名			保険者番号			
		被 保 険 者	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					
	調査場所		<input type="checkbox"/> 住所地に同じ <input type="checkbox"/> 住所地以外( )					
	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 年 月 日 から			令和 年 月 日		
	区分変更の理由							
現在の 入院・入所		名称	期間		年 月 日～			

申 請 者	該当に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家族・親族(続柄 ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他( )					
	氏名 (事業所名)		事業所の場合 担当( )			
	住所 (所在地)		〒 電話番号			

主 治 医	医療機関名		主治医の 氏名	
	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	
-------	--

立会者		続柄		連絡先	
調査での 留意事項					
調査 希望日	月・火・水・木・金	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	駐車場 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( )	

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、富士宮市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、富士宮市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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も含む)ことに同意します。

本人氏名 ( 代筆者 )