第8号様式（第8条関係）

介護保険　　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

大　治　町　長　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　保　　　険　　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | | 生年月日  性別 | 年　　　月　　　日  男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　名 |  | | | | | | | | | |
|
| 住　　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の要介護  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　　　　　　　　　　年　　月　　日　から　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請の  理　　　　由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の  介護保険施設  ・医療機関等  入院入所  の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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・指定介護療養型医療施設） |
| 住　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

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

　　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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
|  |  | | |

　　 　介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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・意見及び主治医意見書を、大治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

代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　）

被保険者御本人が筆記用具を持てないなどの理由により、

やむを得ず署名ができない場合に本人に代わって同意署

名された方はお名前と続柄を御記入ください。