様式第６号（第９条関係）　**（記入例）**　**※申請には被保険者証が必要です。**

# 介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

（宛先）　安曇野市長

次のとおり申請します。

申請年月日　３０年　１月　１日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | ０００１２３４５６８ | 個人番号 | |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | アヅミノ　イチロウ | 生年月日 | |
| | 氏　名 | **安曇野　一郎** | 性　別 | |
| | 住　所 | 〒３９９－８３０３<br>安曇野市穂高９１８１番地<br>電話番号 **77－3131** | | |
| | 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<br>有効期限　年　月　日　～　年　月　日 | | |
| | 変更申請の理由 | **認知症が進行し状態が悪化したため** | | |
| | 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 | 期間　年　月　日～　年　月　日 | |
| | | 医療機関等の名称等 | 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 | |

現在の介護度を変更される日をご記入ください（例：１月１日から変更したい場合）

連絡のとりやすい電話番号をご記入ください

区分変更申請した理由（対象者のお身体の状態の変化）をご記入ください

| | | |
|---|---|---|
| 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）<br>㊞ |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号 |

受診の際には介護保険の区分変更申請をすることを主治医にお話しください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 主治医の氏名 | **穂高　次郎** | 医療機関名 | **わさびクリニック** |
| | 所　在　地 | 〒３９９－８３０３<br>**安曇野市穂高６６５８**　電話番号 | | |

第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 | |
| 特定疾病名 | | | |

６４歳以下の方は記入が必要です

上記の被保険者の氏名をご記入ください

介護サービ[illegible]護保険事業の適切な運営のために[illegible]定・要支援[illegible]護認定審査会による判定結果・意[illegible]安曇野市から[illegible]居宅介護支援事業者、居宅サービス事業[illegible]は介護保険施設の関係人[illegible]載した医師又は認定調査に従事した調査員[illegible]提供することに同意します。

本人氏名　**安曇野　一郎**

※事務処理欄

| 調査員 | 訪問日 | 資格確認 | 申請入力 | 保険証回収 | 資格者証 | 意見書請求 | 意見書照合 | 広域送信 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |