様式第６号（第９条関係）

**※申請には被保険者証が必要です。**　**（記入例）**

# 介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

安曇野市長
申請します。

満 64 歳以下の方は記入が必須です

この日が認定の開始日になります。

申請年月日　R7 年　○月○○日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 介護保険被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 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 | 記号 | | | | | | | | | 番号 | | | | | | | | | 枝番 | | | | | | | | |
| | フリガナ | アズミノ　イチロウ | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭和　0 年　0 月　00 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 安曇野　一郎 | | | | | | | | | | 性別 | (男)・女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒399-8281<br>安曇野市豊科 6000 番地<br>電話番号　0263-71-2000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 有効期間　R○年　○月　○○日　～　R○年　○月　○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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、医療機関等への入院、入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地<br>介護老人保健施設　◎◎◎ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 期間 R7 年○月○○日～R | | | | | | | | |
| | | 介護保険施設の名称等・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<br>△△△△病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 期間 R7 年○月○○日～R7 年○月○○日 | | | | | | | | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　年　月　日～　年　月　日 | | | | | | | | |

今お持ちの介護度と有効期間をお書きください。

区分変更申請した理由（対象者のお身体の状態の変化など）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） |
| | 住所 | 電話番号 |

ご本人・ご家族の方が申請される場合、この欄に記入の必要はありません。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 主治医の氏名 | ○○　△△ | 医療機関名 | ○×クリニック |
| | 所在地 | 〒399-8281<br>安曇野市豊科 6000 番地　電話番号　0263-71-2000 | | |

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

| | |
|---|---|
| 特定疾病名 | |

満 64 歳以下の方は記入が必要です

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[illegible]支援[illegible]介護認定審査会による判定結果・[illegible]域[illegible]宅介護支援事業者、居宅サービス事業者[illegible]主治医[illegible]又は認定調査に従事した調査員に提供す[illegible]に同意します。

対象者ご本人の署名をお願いします。（署名ができない場合は後ろに記入された方の名前をお書きください。）

本人氏名

安曇野　一郎（代筆　安曇野　花子）

※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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |