

第10号様式の2

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先) 浦安市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

介護保険被保険者番号	0000123456	個人番号	123456789123
医療保険保険者名	千葉県後期高齢者医療広域連合 保険者番号 34598790		
被保険者証記号	12345	番号	67 枝番 01
フリガナ	ウラヤス タロウ		生年月日 昭和〇年〇月〇日 (〇歳)
氏名	浦安 太郎		性別 男
住所	〒279-〇〇〇〇 浦安市□□1-1-1 電話番号 047-〇〇〇-〇〇〇〇		
前回の要介護認定の結果等	要支援状態区分 1 <input checked="" type="radio"/> 2 要介護状態区分 1 2 3 4 5		
	有効期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日		
変更申請の理由			
過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地 〇〇〇老人ホーム	期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日	
	介護保険施設等の名称等・所在地	期間 ~	
	医療機関等の名称等・所在地 □□病院	期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日	
有・無	医療機関等の名称等・所在地	期間 ~	

提出代行者	名称	該当に〇 (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・介護医療院) 浦安 花子 (妻)		
	住所	〒279-〇〇〇〇 浦安市□□1-1-1	電話番号	047-〇〇〇-〇〇〇〇

主治医	主治医の氏名	千葉 太郎	医療機関名	□□病院
	所在地	〒279-〇〇〇〇 浦安市□□2-2-	フルネーム(姓名)でご記入ください。	

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)

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、浦安市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 浦安 太郎

(代筆者氏名)

浦安 花子

裏もご記入ください

こちらもご記入ください

【主治医意見書について】

■ 主治医意見書の作成について主治医に確認しましたか？

① ○月 ○日に確認し、承諾を得た。

② 確認していない。→ 確認してから申請書を提出してください。

主治医に事前に確認し、了承を得ないと、書いていただけない場合があります。

■ 定期受診 : 有 無 入院中

■ 最近の受診日 : ○月 ○日

【認定調査について】

調査場所	自宅 / その他 : _____ 〒	
日程調整の連絡先	フリガナ ウラヤス ハナコ 【氏名】 浦安 花子 【電話番号】 047-○○○-○○○○○	
立会い希望の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
立会いされる人 ※立ち合い希望「有」 の場合記載	フリガナ ウラヤス ハナコ 【氏名】 浦安 花子 【続柄】 妻	
緊急時の連絡先 ※必ずご記入ください	フリガナ ウラヤス ハナコ 【氏名】 浦安 花子 【続柄】 妻 【電話番号】 080-○○○-○○○○○	
備考		

【介護支援専門員等について】※担当者がいる場合はご記入ください。

指定居宅介護支援事業者	□□居宅介護支援事業所	担当介護支援専門員 (ケアマネジャー)	千葉 花子
-------------	-------------	------------------------	-------

申請について本人(家族)に承諾を得ましたか? 該当する方に丸を付けてください。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> → 「いいえ」の方は本人(家族)に承諾を得てからご申請ください。
--	---

以下には記入しないでください。

受付日	調査日時	調査員	委託先	意見書区分
				新/在 繙/在 新/施 繙/施