

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

釧路市長あて

次のとおり申請します。

申請年月日

令和〇年〇月〇日

介護保険 被保険者番号	0000123456	個人番号	0000000123456
----------------	------------	------	---------------

医療保険 被保険者	記号		番号	枝番
--------------	----	--	----	----

医療保険の情報を記入してください。

氏名	フリガナ カイゴタロウ 氏名 介護太郎	生年月日	明・大・昭10年 1月 1日
		性別	男・女

住所	〒 釧路市 黒金 町 8 丁目 2 番	電話番号	( )
----	---------------------	------	-----

現在の要介護状態区分等	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	〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月〇日

変更申請の理由	お体の状態が変化した状況を簡単に記入してください。
---------	---------------------------

過去6ヶ月間の介護保険施設又は医療機関等への入院・入所の有無 *短期入所の場合は除く	有	介護保険施設又は医療機関の名称	市立釧路総合病院	期間	〇〇年〇月〇日~〇〇年〇月〇日
		所在地	〒 釧路市 春湖台 1 番 12 号	電話番号	( )
		包括支援センター・居宅介護支援事業者等からの代行申請については、この欄に記入してください。	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	電話番号

氏名	介護次郎	本人との関係	長男
提出代行者名称	該当に 地域包括支援センター・指定居宅介護支援	申請者が本人である場合、住所は記入不要です。	
住所	〒 釧路市 黒金 町 8 丁目 2 番	電話番号	( )

主治医氏名	保険花子	医療機関名	保険病院
医療機関所在地	〒 釧路市 黒金 町 8 丁目 2 番		

2号被保険者（40歳から64歳の方）については、この欄に該当する特定疾病を記入してください。

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、主治医意見書、釧路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、釧路市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者若しくは指定居宅介護支援事業者、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支援総合事業者（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支援総合事業者、主治医意見書に係る医師等）を経由して電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人の直筆により署名してください。本人が記入できない場合は下段に申請者が理由を記入し、本人氏名を代筆してください

本人氏名	介護太郎
代理人名（家族）	続柄
理由	（本人が記入できない理由を記入してください。例：寝たきり、認知症など）