|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険** | | | | | | | | **要介護認定・要支援認定区分変更** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **申請書** | | | | | | | | | | | | |
| 安芸郡芸西村長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | | |  | |  |  | | |  | | |  |  |  |  |  | |  | 個人番号 | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 医療保険 | 保険者名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | | | 記号 | | | |  | | | | | | | | | 番号 | | |  | | | | | | | 枝番 | | | | |  | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| (　　　　)歳 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回要介護  認定の結果等  **＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | | | | | 令和　　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請の理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の介護保健施設  ・医療機関等入院入所の  有無  　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 | | | | | | | | | | | |
| 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・居宅介護支援事業所・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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 印 | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | | | 主治医の氏名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定疾病名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護サービス計画の作成等介護保健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、芸西村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。

**ご署名欄**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）

**※裏面へもご記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面へ）**

【裏面】

|  |  |
| --- | --- |
| 調査立ち合い　有　・　無  　立会人氏名：  　立会人連絡先：  　立会人希望日時： | |
| 更新時に保険者が現在の介護サービス計画、介護予防サービスの内容を確認するにあたり、現在の介護サービス計画、介護予防サービスを提示することに同意します。 | |
|  | 本人氏名：  代筆者氏名： |
| 介護認定後の保険証の送付先を記入してください。（被保険者本人に送付する場合は記入不要です。）  　住所：  　送付先氏名：  　連絡先： | |
|  | |
| 役場記入欄 | |
| 調査担当者氏名：  　調査日時：　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～  　調査場所： | |