

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

申請年月日 年 月 日

[illegible]

※介護保険被保険者証を添付してください。

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） 家族（ ）・成年後見人 事業所番号
	住所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名				
	住所	〒			最終受診日	年	月
		電話番号		今後の受診予定	有	・	無

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、都城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、都城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、地域密着型サービス事業者、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者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 (代筆者氏名 続柄)

訪問調査場所	住所地・その他（施設名等）		
	施設等の所在地	電話番号	
訪問調査等について	立会者の有無（有・無） 立会者氏名（ ） 続柄（ ） 携帯（ － ） 連絡事項		
現在受けているサービス及び曜日	☐ 訪問介護・訪問看護（事業所名）利用曜日（ ） ☐ 通所介護・通所リハ（事業所）利用曜日（ ） ☐ 施設入所（ショートステイ）（施設名）利用期間（ ） ☐ 他（ ）（事業所名）利用曜日（ ）		

入 力 日	調 査 員	調 査 日	窓 口	保 険 証	個 人 番 号 確 認	本 人 確 認	代 理 人 確 認
				回収・紛失	☐ 個番 ☐ その他（ ）	☐ 個番 ☐ 免許証 ☐ その他（ ）	☐ 個番 ☐ 免許証 ☐ その他（ ）