記　入　例

都城市長　様

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

次のとおり申請します。

提出する日を記入

申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	医療保険 保険者名	□ 宮崎県後期高齢者医療広域連合　□ その他（	号		
	被保険者記号・番号	記号	番号	枝番	
	フリガナ	ミヤコノジョウ　タロウ	生年月日	大・昭・平　○○年　○○月　○○日	
	氏名	都城　太郎	性別	男・女	
	住所	〒885-0000 都城市○○町○○○番地○	電話番号	○○○-○○○○-○○○○	
	前回の要介護認定の結果等	要支援1　要支援2　要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5			
		有効期間　令和8年4月1日　から　令和9年3月31日			
	変更申請の理由	詳細に記入してください。記入欄が不足する場合は別紙の介護認定申請事前連絡票を使用してください。			
	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	介護保険施設等の名称等・所在地　○○総合病院　都城市○○町○○○番地	期間	令和○年○月○○日　～　令和○年○月○○日	
		介護保険施設等の名称等・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	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	

入院期間がわかる方は入院期間記入

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 居宅介護支援事業所○○○ 事業所番号　1234256790 担当者名　ぽんち　花子
	住所	〒885-0000 都城市○○町○○○番地　電話番号　○○-○○○○

主治医	主治医の氏名	○○　○○医師	医療機関名	○○　○○病院
	住所	〒885-0000 都城市○○町○○○番地 電話番号○○-○○○○	最終受診日	令和○年○○月○○日
			今後の受診予定	有

医師名分かれば記入

入院中の方は入院中と記入

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	脳血管疾患

40歳から64歳の方は必須

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　都城　太郎　　（代筆者氏名　都城　二郎　　続柄　長男　）

上記内容に同意する場合は、被保険者の署名を。お願いします。※代筆可　　）

訪問調査場所	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（　　）	

※介護保険被保険者証を添付してください。

※第二号被保険者の方は医療保険加入がわかるもの。（マイナポータル「医療保険の資格情報画面の提示」・資格確認書・資格確認のお知らせ）

※同意欄署名を訂正する場合は訂正署名を記入してください。

（間違えた箇所に二重線を引きすぐ上に正しい文字を記入し、二重線の近くに署名（記入した方のフルネーム）をしてください。）