

下記の枠内を記入してください

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更認定申請書 《記入例》

65歳以上 **【事業者用】**

要介護度1～5の認定を受けていて、**介護度の見直し**を申請する場合。用紙の色は桃色。裏面も記入してください。

介護保険被保険者証を添付してください

次のとおり申請 **介護保険被保険者証(サーモンピンク色)から転記してください**

		申請年月日		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
被 保 険 者	被保険者番号	0000999999	個人番号	99	左下の※を参照してください 99
	フリガナ	カイゴ ハナ	生年月日	明(大)昭	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名	介護 はな	性別	男	・ (女)
	住所	〒573-8666 枚方市香里ヶ丘1丁目1番1号	電話番号	072-844-0315	
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分等	1	(2)	3 4 5
	有効期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで			
変更申請の理由	急激な病気の進行により、歩行困難となったため				
現 在 入 所 (入 院) し て い る 施 設	施設名	枚方くらわんか病院		心身の変化によって、区分変更が必要となった理由を記入してください	
	所在地	〒 573-0027	電話番号	072-8××-1234	

入院中または施設入所中の場合に記入してください

提 出 代 行 者	名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 ひらかた居宅介護支援事業所	
	所在地	〒 枚方市大垣内町2丁目××番 介護保険事業者等による代行申請の場合のみ記入してください。事業所の押印が必要です	

かかりつけ医を氏名とも記入してください。記入は1人、直近に受診歴があり医師が意見書の記入ができる状態であること

主 治 医	主治医氏名	枚方 太郎	医療機関名	枚方くらわんか病院 (科)	
	所在地	〒 573-0027	電話番号	072-8××-1234	

認定調査票及び主治医意見書が、介護サービス計画に利用されることへの同意確認です

介護サービス計画の作成等の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・要支援認定に係る調査内容、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、枚方市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護支援事業者等又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

※番号がわからないなど、個人番号が未記入の場合でも申請を受付します。

個人番号が記入されている場合は、番号確認のため個人番号カード等と本人確認のため運転免許証・被保険者証等の書類が必要となります。

代理人が申請する場合は、被保険者の個人番号カード等と代理権確認のため委任状等と代理人確認のため運転免許証等の写真の表示がある証明書が必要です。

被保険者(本人)氏名

介護 はな

委任状

枚方市長

委任者氏名
(被保険者)

介護 はな

印

私(委任者)は、下記の者を代理人として、介護保険要介護認定・要支援認定の申請に関する権限を委任します。

申請の委任

【代理人】

住所

氏名

電話番号

委任者との関係

ご本人に代わり、委任を受けて介護認定申請をする場合に必要です。
例) 家族、指定居宅介護支援事業所等以外の施設職員、民生委員、知人等
(但し、本人が郵送で申請する場合は不要。)

※認定調査についてご記入ください。

認定調査に同席を希望されますか。

希望する 希望しない

● (フリガナ) カイゴ イチロウ
同席者氏名 介護 一郎 (続柄: 夫)

● 連絡先(昼間連絡の取れる電話番号をご記入ください)

Tel 090 (8×××) 3××× (連絡のつきやすい携帯番号など)

● その他、調査についての連絡事項

認定調査を行うにあたって場所・注意事項があれば記入してください。

・日程調整の連絡を行うための電話が繋がりやすい時間帯
・調査を希望する時間帯等
なお、調査は平日の業務時間内で日程調整を行います
・入院中の場合は、病棟名や病室番号
・転院予定
・病気にして伝えたいこと など

● 入院中の方はご記入ください。

退院日未定 退院予定日 (○月○日)

・同席の確認は、必ず記入してください。
・可能な限り家族の同席をお願いします。
・本人申請でも記入してください。

枚方市記入欄

受付入力 申請入力

被保険者証あり
○返却 ○受領
 被保険者証なし
 保険料滞納あり

介護保険被保険者証も併せて提出してください。

番号確認

(個人番号カード・通知カード・その他)

本人

○身元確認

(写真付・写真なし2点)

代理人

○代理人身元確認

(写真付・写真なし2点)

○代理権確認

(委任状・その他)