

## 介護保険 [ 要介護認定・要支援認定 ] 区分変更申請書

笛吹市長 様 次のとおり申請します。

|                         |              |                                                         |                                                                                                                       |    |                               |  |  |  |         |        |       |  |          |    |  |  |
|-------------------------|--------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------|--|--|--|---------|--------|-------|--|----------|----|--|--|
|                         |              |                                                         |                                                                                                                       |    |                               |  |  |  |         | 申請年月日  |       |  | 令和 年 月 日 |    |  |  |
| 被保険者番号                  |              |                                                         |                                                                                                                       |    |                               |  |  |  |         | 個人番号   |       |  |          |    |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者        | 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 |        | 明・大・昭 |  | 年 月 日    |    |  |  |
|                         | 氏 名          |                                                         |                                                                                                                       |    |                               |  |  |  | 性 別     |        | 男・女   |  |          |    |  |  |
|                         | 住 所          |                                                         | 〒 ー 笛吹市 電話番号 ( )                                                                                                      |    |                               |  |  |  |         |        |       |  |          |    |  |  |
|                         | 前回の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                                                                                                  |    | 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 年 月 日 から 年 月 日     |              |                                                         |                                                                                                                       |    |                               |  |  |  |         |        |       |  |          |    |  |  |
| * 14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 |              |                                                         | 転出元自治体(市町村)名 [ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)<br>はい・いいえ<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |    |                               |  |  |  |         |        |       |  |          |    |  |  |
| 現在の介護保険施設・医療機関等入院・入所の状況 |              | 施設・病院の名称<br>期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (現在 入院中・入所中)               |                                                                                                                       |    |                               |  |  |  |         |        |       |  |          |    |  |  |
|                         |              |                                                         |                                                                                                                       |    |                               |  |  |  |         |        |       |  |          |    |  |  |
| 申 請 者                   | 氏 名          |                                                         | 本人申請の場合、記載不要                                                                                                          |    |                               |  |  |  |         | 本人との関係 |       |  |          |    |  |  |
|                         | 住 所          |                                                         | 〒 ー 電話番号 ( )                                                                                                          |    |                               |  |  |  |         |        |       |  |          |    |  |  |
| 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 ) |                                                                                                                       |    |                               |  |  |  |         |        |       |  |          |    |  |  |

|               |              |  |                    |  |       |  |  |  |
|---------------|--------------|--|--------------------|--|-------|--|--|--|
| 主 治 医         | 主治医の氏名 (診療科) |  | ( )                |  | 医療機関名 |  |  |  |
|               | 所在地          |  | 〒 ー                |  |       |  |  |  |
|               | 電話番号 ( )     |  |                    |  |       |  |  |  |
| 上記医療機関への最近の受診 |              |  | 年 月 日 ( 通院 入院 往診 ) |  |       |  |  |  |

※ 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険者)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、及び主治医意見書を、笛吹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。

本人氏名 (代筆)

|        |         |     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |
|--------|---------|-----|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 笛吹市記入欄 | 申請受理年月日 | 入力者 | 保険料       | 申請者確認書類                                                                                                                                                                                                                                                          | 資格者証発行 |
|        |         |     | 特徴・普徴/有・無 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 医療保険証<br><input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 身分証明書<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>*写真付でない場合は2つの書類で確認すること。 | 済・未    |

|              |                                                                                   |             |         |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|
| 主な介護者の立ち会い希望 |                                                                                   | あり ・ なし     |         |
| フリガナ         |                                                                                   | 本人との<br>関 係 |         |
| 立ち会い者<br>氏 名 |                                                                                   |             | 同居 ・ 別居 |
| 連絡先          | * 日中、連絡がとれるところ(立ち会い者がいない場合は本人の連絡先を記入してください)<br>電話番号 ( )                           |             |         |
| 本人がいる<br>場 所 | 1. 自宅 ( 駐車場 : 有 ・ 無<br>2. 病院・施設 ( 病院 ・ 施設名 )<br>( 電話番号 退院日 : )<br>3. その他 ( 住所 : ) |             |         |

\* 調査日程等は、介護保険課から連絡後に確定となります。

\* 笛吹市記入欄(以下は記入しないでください)

<連絡時の状況>

《調査員への連絡》

<決定事項>

日時: 年 月 日 ( ) : ~

場所: 自宅/病院/施設/その他  
( )

立ち合い者: なし ・ あり ( )

調査員: ( )

|        |  |      |                     |
|--------|--|------|---------------------|
| 被保険者番号 |  |      |                     |
| フリガナ   |  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日<br>( 歳) |
| 氏 名    |  |      |                     |