

# 介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

安芸高田市長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日		令和 4 年 4 月 1 日	
介護保険被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	
医療保険被保険者名	広島県後期高齢者医療保険		保険者番号
被保険者証	記号	番号	1111 1111 枝番
※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、該当する特定疾病名をご記入ください		該当する特定疾病名	脳血管疾患
フリガナ	アキタカタ	タロウ	生年月日
氏名	安芸高田	太郎	明・大・昭 10 年 5 月 1 日
住所	〒 739 - 0592 広島県安芸高田市吉田町吉田791番地		性別
	電話番号 ( 0826 ) 42 - 5618		男 ・ 女
(現在、上記住所以外に いる場合、 記入)	① <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所している (地域密着型介護老人福祉施設を含む)	施設・病院等の 名称(病室等)	( 階 室)
	② <input type="checkbox"/> 医療機関へ入院している ③ <input type="checkbox"/> その他施設へ入所している ④ <input checked="" type="checkbox"/> その他(家族宅に滞在している等)	左記の住所及 び電話番号	広島県〇〇市〇〇町〇〇番地 △△宅
		電話番号 ( 0000 ) 00 - 0000	
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	非該当 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	有効期間
		令和 2 年 1 月 15 日から (入院・入所・滞在) 今後 月 日頃自宅に戻る予定未定	令和 2 年 1 月 1 日 から 令和 5 年 8 月 31

被保険者が加入している医療保険の情報を記入(後期高齢者医療保険、国民健康保険、社会保険等)  
例) 保険者名:広島県後期高齢者医療保険 保険者番号:39342142  
【注意事項】記号・番号・枝番に分かれていない場合は、「番号」の欄に記入 例)「記号・番号」の場合は「番号」の欄

2号被保険者(40歳~64歳)の場合は特定疾病(16病名)のうち、該当する病名等を記入  
【注意事項】2号被保険者が申請する場合は医療保険証のコピーの添付が必要

住所 【注意事項】被保険者証と同じ(住民票上の)住所を記入  
電話番号 【注意事項】お太助フォンの場合は、電話番号の上に「お太助フォン」と記入

現在、被保険者が住所地以外にいる場合に記入(①~④のうち、該当するものに☑)  
①~③に該当する場合、その施設・病院等を記入し、住所及び電話番号を記入  
例) 入院・入所等…病院名・施設名および住所を記入 家族宅等に居住…家族宅等の住所および〇〇宅を記入  
【注意事項】認定調査の実施場所に影響するため、必ず記入が必要

入院、入所、入居等の日付および退院、転院、転居等の日付(予定で可)を記入  
【注意事項】転院・施設移動、転居等の予定がある場合は転院・施設移動、転居等後の名称や住所も記入

現在の認定の区分に○をし、認定の有効期間を記入

変更申請の理由  
『介護度が重くなることを希望』…例)骨折による入院により、ADLが低下し、在宅での介護量が増加したため  
『介護度が軽くなることを希望』…例)前回の認定時よりも介護量が減少し、自立した生活が送れているため

認定度を軽くしたい or 重くしたい がわかるように理由を詳細に記入  
【注意事項】「身体状況が変わったため」「現在の認定が身体状況にそぐわない」などでは判断できないため、詳細に記入

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 本人	
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人の氏名 本人との関係 ( ) 住所 〒 - 電話番号 ( ) -
	<input checked="" type="checkbox"/> 提出代行	該当に○ (地域包括支援センター 指定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・指定介護療養型医療施設) 事業所名称・所在地 居宅介護支援事業所〇〇 広島県〇〇市〇〇町〇〇番地 訪問調査受託の可否(居宅介護支援事業所・介護保険施設のみ) (可・否)

申請者が、本人・代理人・提出代行のいずれかにチェック  
例) 本人の場合……本人 にチェックのみ  
代理人の場合……代理人の氏名・本人との関係・住所・電話番号を記入  
提出代行の場合……代行業所の種類に○・提出代行業所の名称・所在地を記入

【委任状】本人、親族、提出代行業所以外が申請する場合は、委任状の記入が必要  
例)病院の相談員が代理人となって申請する場合

【提出代行】①指定居宅介護支援事業者②地域密着型介護老人福祉施設もしくは③介護保険施設であって、規則第35条第3項の要件を満たすもの又は④地域包括支援センター

主治医	医師名	〇〇 〇〇(整形外科)	医療機関名	安芸高田病院
(意見書の記載を依頼する医師)	所在地	〒 731 - 0592 広島県安芸高田市吉田町吉田〇〇番地	電話番号	( 0826 ) 42 - 0211

【注意事項】医師名…総合病院等では同じ苗字の医師が複数在籍している可能性があるため、フルネームでの記入が望ましい  
医療機関名…同名の医療機関が複数存在する可能性が高いため、住所地の記入が必要

※安芸高田市は主治医意見書を医療機関へ直送しています。

連絡先	氏名	△△ △△ (認定を受ける人との関係 子)	調査時の同席
	住所	〒 731 - 0000 広島県〇〇市〇〇町〇〇番地	希望する・希望しない
		電話番号 ( 000 ) 000 - 0000	

同席希望の有無を選択(該当に○)  
医療機関、施設等によっては感染症対策のため家族の入館を禁止しておられる場合があります。  
→調査実施後の聞き取りを実施することも可能。「聞き取りを希望」と記入が必要。  
【注意事項】平日の日中に連絡が付きやすい電話番号を記入

介護サービス計画又は介護予防サービス(介護予防ケアマネジメント)計画を作成する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、安芸高田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に提示することに同意します。

本人氏名 **安芸高田 太郎**

左記内容に同意する場合のみ署名  
【注意事項】自署もしくは代筆 ※印刷不可

※ 添付書類 介護保険被保険者証(紛失された場合は、介護保険被保険者証等再交付申請書を添付してください)

添付書類:介護保険被保険者証。2号被保険者(40歳~64歳)の方の場合は医療保険被保険者証のコピー  
【注意事項】介護保険被保険者証を紛失された場合は、「介護保険被保険者証等再交付申請書」も添付