

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先)

羽島市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 7 年 〇 月 × 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	9	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号				
	医療 保険	保険者名	〇〇後期高齢者医療広域連合									保険者番号	1234567			
		被保険者 記号・番号	記号							番号	987654		枝番			
	フリガナ	ハシマ タロウ											生年月日	明・大 昭		
	氏名	羽島 太郎											性別	15 年 1 月 1 日 男・女		
	住所	〒 501 - 6292 羽島市竹鼻町55番地											電話番号	058 (392) 1111		
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 認定日 令和6年12月1日 有効期間 令和7年 1 月 1日から 令和7年 12 月 31日まで											要支援状態区分 1 2			
	変更申請の理由	転倒・骨折し、身体機能の低下により、介護の手間が増加したため。														
	入院、入所の有無	介護保険施設・医療機関等の名称等(病棟までご記入ください) 羽島市民病院 1病棟5階											期間	R7 年 1 月 15日～ 年 月 日		
	認定結果送付先	有・無	自宅以外	〒 宛名 電話番号 ()												
訪問調査先	自宅	自宅以外	〒 羽島市民病院1病棟5階 電話番号 058 (393) 0111													
家族等の調査 同席希望	なし	あり	同席者氏名 羽島 花子 調査対象者との関係 (妻)													
調査の同席を希望 する場合の連絡先	自宅	その他	羽島 花子 電話番号 090 (1234) 5678													

主 治 医	主治医の氏名	羽島 次郎		医療機関名	羽島市民病院	
	所在地	〒 501 - 6206 羽島市新生町3丁目246番地				電話番号 058 (393) 0111

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

申 請 者	区分	本人	本人以外	※本人の場合は、申請者氏名・住所等の記入は不要		
	氏名	羽島 花子		被保険者との関係	住所	〒 - 同上
	提出代行 者	名称	該当に〇(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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)			
	住所	〒 - 電話番号 ()				

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、羽島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 羽島 太郎

羽島市処理欄

訪問調査		被保険者証の提示	未・済
主治医 入力		暫定被保険者証の発行	未・済