

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8年

4月

1日

被 保 険 者	介護保険者番号	0	9	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号							
	医療 保険	保険者名	岐阜県後期高齢者医療広域連合									保険者番号	39212097						
		被保険者 記号・番号	記号							番号	1234567		枝番						
	フリガナ	ハシマ タロウ																	
	氏 名	羽島 太郎											生年月日	明・大	昭	11年	11月	11日	
													性別	男					
	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											要支援状態区分 1 2						
		認定日	令和7年 4月 1日						有効期間	R 7年 4月 1日 から R 10年 3月 31日 まで									
	変更申請の理由	転倒・骨折により入院し、日常生活に介助が必要となったため。																	
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4階											期間 令和8年 3月 10日 ~ 年 月 日							
認定結果送付先	自宅	自宅以外 〒 -											宛名 電話番号 () -						
訪問調査先	自宅	自宅以外 〒 501 - 6206 羽島市新生町3丁目246番地 羽島市民病院1病棟4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	〇〇 〇〇				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 (妻)						住所	〒 同上						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)																	
		住所	〒 -											電話番号 () -						

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、羽島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、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、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

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		暫定被保険者証の発行	未・済
入力			