

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

介護保険証被保険者番号を記入

南九州市長 様

申請日を記入

個人番号を記入(未記入でも受理できます)

次のとおり申請します。

令和 7 年 10 月 1 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	医療 保険	保険者名	保険者番号		
	資格確認証	記号	番号	枝番	
	フリガナ	ミナミキウシュウ タロウ		生年月日 (年齢)	
	氏 名	南九州 太郎		明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)	
	住 所 (住民登録地)	〒897-0215 南九州市川辺町平山3236番地		性 別 (男) ・ 女	
	現在の要介護 認定等の内容	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 〇〇年〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日 まで			
	変更申請の 理 由	☒ 身体 ☐ 認知 ☒ 低下 ☐ 向上			
過去6月間の医療機 関・介護保険施設等 入院・入所 (有・無)	名称・所在地	南九州市川辺町平山6934-1		期間	退院・退所予定日等
	医・介	南九州病院 南側病棟3階入院中		R7年9月1日～R7年11月1日予定	
	名称・所在地	有の場合記入してください。 近郊の施設は所在地省略可		期間	退院・退所予定日等
	医・介			年 月 日～ 年 月 日	

〇で囲んでください

提 出 代 行 者	代行者氏名 又は事業所名 (事業所種別)	(被保険者との関係:) 南九州市地域包括支援センター 代表 南九州市長 塗木 代行事業所以外の場合記入してください		
	住所・所在地	〒897-0215 南九州市川辺町平山3234 電話番号 (0993) 56 -1111		
		該当に〇 (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		

主 治 医	フリガナ	ダイモン ミチコ	医療機関名	東帝大病院
	主治医氏名	大門 未知子	医療機関所在地	〒897-0215 南九州市川辺町平山6934-1 電話番号 (0993) 56 -2001
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 主治医意見書の記載内容に基づき介護認定審査会が確認を行うため、この診断基準に沿ったものでなければなりません。				

特定疾病名	【介護保険施行令(平成10年政令第412号)第2条で定める16の疾病(特定疾病)を記入】
-------	--

調 査 に つ い て ・ そ の 他	フリガナ 連絡者名	ミナミキウシュウ 伊吹 南九州 一郎	被保険者 との関係	子	連絡先	連絡者に連絡しやすい番号を記入 090-9999-9999
	立会希望	有・無	調査 場所	☐ 自 宅 ☐ 家族宅	☐ 介護保険施設 ☒ 医療機関 ☐ その他施設	自宅・家族以外での調査の場合にチェックして施設名等を記載 名称(南九州市病院)
	結果送付先	☐ 自宅 ☐ 入所施設 ☐ 提出代行者 ☐ 調査立会者 ☒ その他(頤娃町牧之内2830南九州頤娃太郎)				
	利用 している サー ビス 等	月	曜日毎に使っているサービスを記入してく ださい。(午前午後の時間)			
	火	【訪問調査に対応出来ない日】 調査日時の補足事項				
	水	決定後の介護保険証の送付先を変更する場合に チェックしてその他の場合は住所氏名を記載				
木	〇/〇検査のため調査不可 立会者午前中仕事のため、対応不可					
金	【その他連絡事項】 連絡しておきたい情報等を記載してください。 (特別な住宅環境や疾病等の情報等)					
土	<記入例> 早期調査(病名、本人告知有無) 連絡者と立会者が違う場合は、立会者の情報も記入 施設・医療機関の場合、基本立会は施設関係者になります。					
日						

介護サービス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指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、地域包括支援センター、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。

本人署名(代筆の場合は代筆者名を記載)

本人氏名

南九州 太郎

(代筆)

南九州 一郎

職・通() / 介支・免・医保() / 介保・医保・委()