

介護保険 要介護・要支援認定申請書 （区分変更）

宮古島市長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者 の 情 報	介護保険被保険者番号											個人番号														
	医療保険被保険者名											医療保険被保険者番号														
	医療保険被保険者証	記号											番号											枝番		
	フリガナ											性別	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和											
	氏 名														年 月 日 (歳)											
	住 所	〒										電話番号														
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援状態区分		要介護		1	2	3	4	5	要支援		1	2	非該当											
		有効期限（始期）		年 月 日		有効期限（終期）		年 月 日																		
	変更申請の理由																									
	過去6ヵ月の介護保険施設又は医療機関等への入院・入所の有無	①介護保険施設の名称等																								
①期限（始期）		年 月 日		①期限（終期）		年 月 日																				
②医療機関等の名称等																										
有 ・ 無	②期限（始期）		年 月 日		②期限（終期）		年 月 日																			

提 出 者	氏 名											被保険者との関係										
	住 所	〒										電話番号										
	代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）																				

主 治 医 の 情 報	主治医の氏名																			
	医療機関名																			
	住 所	〒										電話番号								

第2号被保険者の情報	
特定疾病名	

認定調査の日程調整に関する連絡先			
フリガナ			被保険者との関係
氏 名			
電話番号			調査場所

本 人 同 意	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、宮古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所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、宮古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、介護予防支援事業所、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、及び介護申請について申請日から30日を超えた場合、市からの延期通知を省略することに同意します。		
	本人氏名	代筆者氏名	本人との関係