

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

南伊豆町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号											
	医療 保険	保険者名											保険者番号										
		被保険者証 記号						番号						枝番									
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日										
	氏名											性別	男 ・ 女										
	住所	〒										電話番号											
	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													
		有効期間	年 月 日 から					年 月 日															
	変更申請の 理由																						
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等へ の入院・入所 の有無	介護保険施設の名称等・所在地											期間	年 月 日～年 月 日									
介護保険施設の名称等・所在地												期間	年 月 日～年 月 日										
医療機関等の名称等・所在地												期間	年 月 日～年 月 日										
医療機関等の名称等・所在地												期間	年 月 日～年 月 日										

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)																		
	住所	〒										電話番号								

主治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、及び主治医意見書を南伊豆町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

介護保険認定についての連絡先

＜本人以外が申請する場合＞

申請者		続柄		連絡先	
住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 本人と別⇒住所の記入 (〒 _____)				

＜介護認定調査について＞

介護保険認定のための調査に、自宅または入院、入所先へお伺いします。調査日時については、事前に電話にて御連絡させていただきますので、必ず連絡の取れる電話番号を御記入ください。

立会希望	希望します ・ 希望しません
希望する場合の立会者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別⇒名前の記入 (_____ 続柄 _____)
立会者の日中連絡可能な連絡先	① _____ ② _____
調査場所	自宅・自宅以外 (_____) 入院・入所先 (_____) ※駐車場 (あり ・ なし)
日程調整の留意事項	都合が良い・悪い日や介護サービス利用日を記入してください。 聴力 (普通 ・ 普通の声がやっと聞き取れる ・ 大きな声なら聞き取れる)

個人番号（マイナンバー）が不明な方は以下の記入をお願いします。

個人番号の確認に係る同意書

- ①行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律施行規則第3条第1項第2号の規定に基づき、南伊豆町が備える住民基本台帳に記録された個人番号及び個人識別事項を確認すること。
- ②行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第14条第2項の規定に基づき、南伊豆町が地方公共団体情報システム機構に対し機構保存本人確認情報の提供を求めること。
- ③行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律施行規則第3条第1項第3号の規定に基づき、過去に南伊豆町が作成した特定個人情報ファイルに記録された個人番号及び個人識別事項を確認すること。

年 月 日

住所 _____

〈本人〉

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 氏名 _____

住所 _____

〈代理人〉

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 氏名 _____