介護保険要介護認定･要支援認定区分変更申請書について

申請に必要なもの　（申請書　・　介護保険被保険者証
第2号被保険者（40歳から64歳の方）は健康保険証又はそのコピー）

主治医意見書について

主治医意見書は市から医療機関に作成を依頼しますので、**必ずかかりつけの医師名、医療機関の名称･所在地の記入をお願いします。**なお、長い間診察を受けていませんと、医療機関によっては意見書を作成できない場合があります。**長い間診察を受けていない方は医療機関にご相談ください。**

[記入例]　**介護保険　要介護認定･要支援認定区分変更申請書**

受付

※被保険者についての情報を正確に記入してください。

被保険者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	生年月日	(明)･大･昭 ○年 ○月 ○日	
	フリガナ 氏名	カイゴ　タロウ 介護　太郎	性別	(男)・女	
	住所（住民票上）	〒 192－8501　TEL 620－7414 八王子市元本郷町3－24－1			
	現在の居所	どちらかに○をしてください　1. 上記の住所 2. 上記以外の住所（病院･施設･親戚の家等、現在の居所を下の欄に記入してください）			
	2の場合	〒 192－0066　八王子市本町24－1 住所方書　八王子○○病院　TEL 626－3111	退院予定	未定・(有)○月○日頃	

八王子市長　殿
次のとおり申請します。

申請年月日
平成 ○年 ○月 ○日

現在、ご住所以外にいる方は必ず記入してください。

現在の要介護状態区分等	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	経過的要介護	要支援1	要支援2
有効期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日							
申請理由	病状が悪化したため。							

詳しい申請（変更）理由を記入してください。

※連絡先には市から昼間に連絡のとれる番号を記入してください。

認定調査	認定調査日等の連絡先	フリガナ 氏名	カイゴ　イチロウ 介護　一郎	TEL 090－****－**** 、620－7415 (携帯電話)(勤務先)自宅)
	調査時の家族等の立会い希望	(有)・無	被保険者本人の状況	特に問題なし ・ 配慮が必要（(聴力)　伝達能力） 特に調査員に伝えたいこと（耳が聞こえにくいので大きな声でお願いします。）

訪問調査の連絡をしますので、昼間に必ず連絡の取れるところを記入してください。

※主治医意見書の記入を依頼したい病院名(かかりつけ、入院先等)･主治医氏名を記入してください。主治医へは市から依頼します。

主治医	フリガナ 氏名	ﾊﾁｵｳｼﾞ　ハナコ 八王子　花子 （　整形外　科）	医療機関	所在地	〒 192－0066　TEL 626－3111 八王子市本町24－1
				フリガナ 名称	ハチオウジ○○ビョウイン 八王子○○病院
	受診状況	(定期的)・不定期	最終受診日	年　(入院中)	回受診予定日　年　月　日
	認定結果や居宅介護支援事業者名を主治医に通知することに同意する。 （主治医から市へ情報提供の依頼があった場合に限ります。同意される場合は署名、押印をお願いします。）			被保険者氏名	介護　太郎　(介護)印

最近の受診状況について記入してください。受診日もわかる範囲でお願いします。

同意できる場合は、被保険者の署名と押印をお願いします。

提出者	住所（所在地）	〒 192－8501　TEL 620－7414 八王子市元本郷町3－24－1	代行事業者記入欄	□ 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
	フリガナ 氏名（事業者名）	カイゴ　イチロウ 介護　一郎　代行事業者押印 ㊞		
	被保険者との関係	子　提出代行事業者は右欄も記入		担当者名：

2号被保険者	40歳から64歳の医療保険加入者の記入欄（医療保険証のコピーを添付してください）	医療保険	保険者名
		被保険者記号番号	№
		特定疾病名	

第2号被保険者の方は必ずご記入ください。

事務処理欄

センター名	訪問調査日調整済 予定日　年　月　日	受付欄	□被保険者証回収 □資格者証発行	□身分証明書確認
委託先			担当＿＿＿＿＿＿	＿＿＿＿＿＿事務所

◎申請に関する問い合わせ先　八王子市健康福祉部介護サービス課　認定審査担当　Tel：042－620－7414