

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

小鹿野町長 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	
			有効期限		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			
有 ・ 無		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、小鹿野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 _____

同意書

小鹿野町長 様

私は、小鹿野町介護保険認定・更新・変更申請等に伴う個人番号の取得を住民基本台帳ネットワークシステム端末で確認することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____

(御家族様以外代筆不可)

認定調査について

申請後、認定調査員がご自宅（または入所先）にお伺いしますが、認定調査の日時を調整する際の参考にしますので、下記の項目に記入してください。

1 認定調査の日時について、ご希望はありますか？ はい・いいえ

「はい」の場合は、都合の良い日時(または都合の悪い日時)を記入してください。

※認定調査は平日の9:00～12:00、13:00～15:30に行います。

また、休祝日は認定調査を行いません。

都合の良い日	記入例：水、木曜日の午前中 など
都合の悪い日	記入例：月、火曜日の午前中 など

2 認定調査に際して、どなたか立会いを希望しますか？ はい・いいえ

「はい」の場合は、立会いを希望される人の氏名、本人との続柄、日中の連絡先（自宅、勤務先、携帯電話の番号等）を記入してください。

氏名	続柄	日中の連絡先	連絡可能な時間

認定結果等の送付先について

被保険者（ご本人）が独居で認知症があるなどの理由で、認定結果等の通知や、被保険者証を管理できない場合は、送付先を変更できます。その場合は、下記の欄に記入してください。

氏名	住所	続柄	日中の連絡先
	〒		

平成28年1月1日から個人番号（マイナンバー）の利用が始まったことにより申請の際は、次のものを申請書と一緒に
ご持参ください

本人が申請する場合

- ・個人番号カード（顔写真付き）もしくは個人番号通知カード（薄緑）
ない場合は、ご用意いただくものはございません。

代理の方（家族含む）が申請する場合

- ・認定を受けようとする方の
個人番号カード（顔写真付き）もしくは個人番号通知カード（薄緑）
ない場合は、ご用意いただくものはございません。

代理の方の身分証明書の提示をお願いする場合がございますので、上記と併せて下記のいずれかをご持参ください。

【代理の方の身分証明書】

- ・免許証等（顔写真付きに限る）であれば1種類
または
・保険証等（顔写真のないもの）であれば2種類

要介護認定申請の窓口受付時間は原則として、

平日の8：30～12：00及び13：00～17：15です。

時間外や休祝日での申請受付はあらかじめ調整が必要なため、

福祉課介護保険担当へご連絡ください。0494-75-4103（直通）

郵送での提出の場合は下記までお願いします。

〒368-0105

埼玉県秩父郡小鹿野町小鹿野300番地

小鹿野町保健福祉センター内 福祉課 介護保険担当宛て