別記様式第１１号（第８条関係）

介護保険 要介護状態区分変更申請書

須崎市長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
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） 印		
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		性　別	男 ・ 女
	住　所	電話番号		
	前回の要介護状態区分等	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			
	介護保健施設・医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等・医療機関等名称　（入所・入院の際は記入をお願いします） 電話番号		
	有 ・ 無			

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

2 号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画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、および主治医意見書を須崎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。

また更新申請の場合、認定が申請から 30 日を超えるときであっても、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。

家族の立合	希望する ・ 希望しない
立合希望者　氏名 連絡先	
サービスの内容	通所サービス利用日（月・火・水・木・金・土・日） 訪問サービス利用日（　　） ショートステイ等（　　） 福祉用具貸与（　　品）　住宅改修　あり・なし 福祉用具販売（　　品：過去６ヶ月以内）

※確認	入　力					
受付	申請	主治医	調査	資格者証	被保険者証	確認
					回収・紛失	

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者続柄　（　　）