

旭市介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

旭市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和8年 4月 1日

介護保険 被保険者番号	0000012345	個人番号																		
医療 保険	保険者名	○○○○○○										保険者番号	01234567							
	被保険者	記号	01234567										番号	0123456			枝番	01		
	フリガナ	アサヒ タロウ										生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 1年 1月 1日							
	氏名	旭 太郎										性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女		年齢	96 歳				
被 保 険 者	住 所	〒289-2595 旭市二の2132番地 電話番号 0479-62-1212																		
	現在の要介護 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 令和 7 年 12 月 1 日から										令和 8 年 12 月 31 日								
	変更申請の理由	転倒により左足首骨折し、歩行困難になったため。																		
	過去6月間の介護 保険施設・医療 機関等入院入所 の有無(短期入所 を除く。)	介護保険施設の名称										期間								
		所在地	〒										年 月 日 ~ 年 月 日							
		医療機関等の名称	○○病院										期間							
		所在地	〒289-○○○○ 旭市○○○○ 電話番号0479-○○-○○○○										令和7年12月25日 ~ 令和8年2月28日							
	有・無																			

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・介護医療院)																	
	住 所	〒 電話番号																	

主 治 医	主治医の氏名	海上 次郎						医療機関名	○○クリニック											
	所在地	〒289-○○○○ 旭市○○○○						電話番号 0479-○○-○○○○												

第2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、主治医意見書、旭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者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、旭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、介護予防支援事業者、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。)ことに同意します。

本人氏名 旭 太郎

(代筆 旭 花子 続柄 長女)