

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

北栄町長 手嶋 俊樹 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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		年 月 日											
	氏 名												性 別													
	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												
	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													
	有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地										期間													

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、北栄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。

あわせて、更新申請において認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人氏名

（代筆者）

### 【申請について】

- ・介護保険被保険者証を添付してください。
- ・申請の前に病院（主治医）へご相談いただきますよう、よろしくお願いいたします。

申請の種類	申請に必要なもの
本人申請	・被保険者本人の身元を確認できるものを添付・提示してください。 (顔写真付き：1点/写真なし：2点)*写し可
代行申請	・上記に加え、表面の提出代行欄に事業所名と氏名の記載をしてください。
代理申請	・代理権の確認として、①成年後見等の登記事項証明、または②委任状、①②がなければ③公的機関発行の本人書類（1点）を提示してください。 ・併せて、代理人の身元を確認できるものを添付・提示してください。 (顔写真付き：1点/写真なし：2点)*写し可

### 【申請書を提出する人】※申請者が被保険者本人の場合、記載不要です。

該当欄に <input checked="" type="checkbox"/> をし、氏名等記載してください	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 代理人（ <input type="checkbox"/> 委任状なし <input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> 登記事項証明）		
氏名		本人との関係	
住所	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ <input type="checkbox"/> 下記委任状と同じ 〒 電話番号（ ）		
持参する被保険者本人の書類	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴書 <input type="checkbox"/> （身体障害・療育・精神障害保健福祉）手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

### 【委任状】

委任者（被保険者）			
住所	〒	私は下記の者を代理人とし、要介護・要支援（更新）認定申請に関する手続き、及び認定結果受領を委任します。 年 月 日	
氏名	Ⓜ		
生年月日	年 月 日		
代理人（委任者に代わって手続きをする人）			
住所	〒	代理人が介護サービス事業所の場合は、所属する事業所名等も以下に記入してください。	
氏名		施設名	
電話番号		住所等	
関係			

### 【認定結果通知、及び保険証の送付先について】

介護保険証は原則、保険証の住所あるいは送付先登録のされている住所へ送付されます。その他への送付を希望される方は、上記委任状を記載の上、をお願いします。

認定結果通知、及び保険者証の送付を希望します。

【北栄町記入欄】 身元確認書類（顔写真付き1点/写真なし2点）		
身元確認（本人・代理人）	代理権	個人番号
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 個番カード	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 個番カード
<input type="checkbox"/> （身体障害・療育・精神障害保健福祉）手帳	<input type="checkbox"/> 登記事項証明（成年後見等）	<input type="checkbox"/> 通知カード
<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> システム