

# 介護保険要介護認定変更申請書

(受付印)

和歌山市長  
次のとおり申請します。

記入例  
(本人様・代理人による)  
変更申請

\*印欄は、記入しないでください。

|     |           |   |         |         |         |
|-----|-----------|---|---------|---------|---------|
|     | 申請年月日     | 令和<br>5   | 年<br>00 | 月<br>00 | 日<br>00 |
| 申請者 | 申請者区分     | I 本人 ② 代理人 A 地域包括支援センター<br>B 居宅介護支援事業者 C 介護保険施設 |         |         |         |
|     | 申請代行事業者名称 | 氏名  | 和歌山 花子  | 続柄      | 長女      |
|     | 申請者住所     | 〒000-0000<br>和歌山市00町00番地                        |         |         |         |
|     | 電話番号      | 073   | 400     | 0000    |         |

|                  |                           |   |            |                                  |                |
|------------------|---------------------------|---|------------|----------------------------------|----------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                    | 00000000  | 個人番号       | 0000000000000000                 |                |
|                  | 医療保険                      | 保険者名  | 000000     | 保険者番号                            | 0000000000     |
|                  |                           | 被保険者証記号   | 00000      | 番号                               | 00000000 枝番 00 |
|                  | フリガナ                      | ワカヤマ タロウ  | 生年月日       | 明治 大正 昭和 年 月 日<br>1 2 ③ 00 00 00 |                |
|                  | 氏名                        | 和歌山 太郎  | 性別         | 男 女                              |                |
|                  | 住所                        | 〒000-0000<br>和歌山市00町00番地                        |            |                                  |                |
|                  |                           | 電話番号  | 073        | 400                              | 0000           |
|                  | 現在の要介護状態区分等               | 要介護状態区分 ① 2 3 4 5<br>有効期限 令和00年0月0日 ~ 令和00年0月0日 |            |                                  |                |
|                  | 変更申請の理由                   | 000のため  |            |                                  |                |
|                  | 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 | 介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地                            | 介護保険施設等コード | 期間                               | 年 月 日 ~ 年 月 日  |
| ① 有 2 無          | 000 病院                    |   | 期間         | 0 0 0 ~ 0 0 0                    |                |
|                  | △△△ 病院                    |   | 期間         | 0 0 0 ~ 0 0 0                    |                |

|                         |               |                   |
|-------------------------|---------------|-------------------|
| * 調査委託先                 | * 調査委託先コード    |                   |
| 主治医                     | 主治医の氏名 和歌山 二郎 | 医療機関名 000 病院      |
| 医師依頼区分                  | 所在地 〒000-0000 | 医療機関コード           |
| ① 主治医<br>2 指定医<br>3 提出済 | 和歌山市00町00番地   | 電話番号 073-400-0000 |

※ 主治医欄については、意見書を作成してくれるかどうか確認のうえ、記入してください。(施設入所者は除く。)

2号被保険者(40歳から65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

|       |
|-------|
| 特定疾病名 |
|-------|

同意書

介護サービス計画等を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

その他必要に応じて主治医意見書を記載した医師に要介護認定結果を提示することに同意します。

(同意いただける場合は) ① 有 2 無

本人氏名 和歌山 太郎 (代筆)

和歌山 花子

添付書類

第1号被保険者 介護保険被保険者証  
第2号被保険者 介護保険被保険者証 (交付を受けている方のみ)  
医療保険被保険者証



# 介護保険要介護認定変更申請書

受付印

和歌山市長  
次のとおり申請します。

記入例  
(事業所等による)  
変更申請

\*印欄は、記入しないでください。

|       |         |         |         |         |
|-------|---------|---------|---------|---------|
| 申請年月日 | 令和<br>5 | 年<br>00 | 月<br>00 | 日<br>00 |
|-------|---------|---------|---------|---------|

|     |           |  |         |              |    |  |
|-----|-----------|--|---------|--------------|----|--|
| 申請者 | 申請者区分     | 1 本人 2 代理人 A 地域包括支援センター<br><input checked="" type="radio"/> 居宅介護支援事業者 C 介護保険施設           | 氏名      |              | 続柄 |  |
|     | 申請代行事業者名称 | 該当に○ (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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院)<br>居宅介護支援事業所 オレンジケア<br>和歌山 三郎 | 代行業者コード | 000000000000 |    |  |
|     | 申請者住所     | 〒  |         |              |    |  |

|      |             |                          |  |      |                  |                       |                                    |    |      |    |    |    |
|------|-------------|--------------------------|--|------|------------------|-----------------------|------------------------------------|----|------|----|----|----|
| 被保険者 | 被保険者番号      | 0000000                  |  | 個人番号 | 0000000000000000 |                       |                                    |    |      |    |    |    |
|      | 医療保険        | 保険者名                     | 00000                                      |      | 保険者番号            | 0000000000            |                                    |    |      |    |    |    |
|      |             | 被保険者証                    | 記号   | 0000 |                  | 番号                    | 0000000                            |    |      |    | 枝番 | 00 |
|      | フリガナ        | ワカヤマ タロウ                 |  | 生年月日 | 明治               | 大正                    | 昭和                                 | 年  | 月    | 日  |    |    |
|      | 氏名          | 和歌山 太郎                   |  | 性別   | 1                | 2                     | <input checked="" type="radio"/> 3 | 00 | 00   | 00 |    |    |
|      | 住所          | 〒000-0000<br>和歌山市00町00番地 |  | 電話番号 | 073              |                       | 400                                |    | 0000 |    |    |    |
|      | 現在の要介護状態区分等 | 要介護状態区分                  | <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4 5 |      | 有効期限             | 令和00年0月0日 ~ 令和00年0月0日 |                                    |    |      |    |    |    |

|         |  |            |  |
|---------|--|------------|--|
| * 調査委託先 |  | * 調査委託先コード |  |
|---------|--|------------|--|

|  |             |           |                   |       |
|--|-------------|-----------|-------------------|-------|
| 主治医  | 主治医の氏名      | 和歌山 二郎    | 医療機関名             | 000病院 |
| 医師依頼区分   | 所在地         | 〒000-0000 | 医療機関コード           |       |
| <input checked="" type="radio"/> 1 主治医<br><input type="radio"/> 2 指定医<br><input type="radio"/> 3 提出済 | 和歌山市00町00番地 |           | 電話番号 073-400-0000 |       |

※ 主治医欄については、意見書を作成してくれるかどうか確認のうえ、記入してください。(施設入所者は除く。)

2号被保険者(40歳から65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

|       |  |
|-------|--|
| 特定疾病名 |  |
|-------|--|

## 同意書

介護サービス計画等を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。  
その他必要に応じて主治医意見書を記載した医師に要介護認定結果を提示することに同意します。

(同意した場合は)  1 有  2 無

本人氏名 和歌山 太郎  
(代筆) 居宅介護支援事業所 オレンジケア  
和歌山 三郎

## 添付書類

- 第1号被保険者 介護保険被保険者証
- 第2号被保険者 介護保険被保険者証 (交付を受けている方のみ)
- 医療保険被保険者証