別記様式第9号（第8条関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定変更申請書

九重町長　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	
		被保険者記号・番号	記号	番号	枝番
	フリカ゛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	
		有効期間　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			
		医療機関等の名称等・所在地 期間　年　月　日～　年　月　日			
	有　・　無				

申請者・提出代行者	氏名又は名称	施設、医療機関からの代行申請の場合は該当に〇をつけてください。 （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）	本人との関係	
	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九重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

（代筆者）

確　認　票

区変用

<table>
<tr><td colspan="2">対象者氏名</td><td></td><td>担当ケアマネ氏名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">本人の居場所</td><td colspan="2">在宅</td><td>入院中</td><td>入所又は短期入所</td></tr>
<tr><td colspan="2">・独居
・家族あり（家族構成）
・その他（住所地に居ない場合）</td><td rowspan="2">病院名：
病　名：
入院日　　年　　月　　日
退院（予定）日　　年　　月　　日</td><td rowspan="2">施設名：
いつから：</td></tr>
<tr><td colspan="2">主治医：
次回受診日：　　月　　日</td></tr>
<tr><td>状態の変化（特に調査項目2群と4群）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4">持病・調査場所、調査時の聞き取り方法（介護者には別に聞き取ってほしい等）</td></tr>
<tr><td>認知症</td><td>有　・　無</td><td colspan="3">どんな気になる症状がありますか</td></tr>
<tr><td colspan="2">現在利用中のサービス（利用曜日等）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">調査の立会</td><td>無</td><td colspan="3">病院　・　施設　・　ケアマネに一任</td></tr>
<tr><td>有</td><td colspan="3">立ち会う人の氏名：　　（続柄　　）
連絡先（注・必ず連絡が取れること）：</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
</table>

介護保険関係書類（賦課・収納関係（税務課発行の通知）を除く）
送付先について

☐自宅（住民票上の住所）　　☐自宅以外（送付先届出書の提出が必要です）

（※本人・家族以外の方が記入する場合は、必ず本人・家族からの意向を確認して下さい）

（注）介護保険グループからの通知については、原則住民票上の住所に送付します。それ以外に送付先をご希望される方は、送付先届出書の提出が必要です。（届出書については役場窓口及び町のホームページから取得できます）