

# 介護保険 要介護（要支援）状態区分変更認定 申請書

令和 年 月 日

（あて先） 金沢市長

介護保険の要介護状態区分変更認定を受けたいので、次のとおり申請します。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0	個人番号				
	フリガナ				被保険者が自宅以外にいる場合は居所を記入してください。		
	氏名	変更					
	住所				生年月日	明・大・昭	年 月 日
					年齢	歳	性別 男・女
					(電話) -		
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分	要支援・1・2 要介護・1・2・3・4・5		認定日	年 月 日	
	有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
過去6月間の入院・入所の状況	名称・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

\*申請者が被保険者本人の場合には、次の欄の記入は不要です。

申 請 者	氏名			電話	-	
	住所			本人との関係	家族（続柄） その他（ ）	

\*該当に○

提 出 代 行 者 名 称	指定居宅介護支援事業者	名 称			(電話) -
	地域密着型介護老人福祉施設				(担当ケアマネジャー)
	指定介護老人福祉施設				
	介護老人保健施設				
	介護医療院				
金沢市地域包括支援センター			*認定調査の受託 可 ・ 不可		

### 変更申請に至った状況及び認定調査の同席希望等

至 変 更 の 申 請 に 関 する 注 意 事 項	調査実施場所			(電話) -	
	同席希望	無 ・ 有		氏名 (続柄)	
	連絡先	自宅	-	勤務先	-
		携帯	-		

\*主治医意見書が添付されていれば、以下の主治医の欄は記載不要です。

主 治 医	氏名			医療機関名		
	所在地			(電話)	-	

\*医療保険被保険者番号等（※）欄は、第1号被保険者（65歳以上）の方も記載してください。

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）のみ記入	特定疾病名	医療保険者名・保険者番号	(※)
		医療保険被保険者記号・番号・枝番	(※)

(注) ただし、第1号被保険者の方で国民健康保険または後期高齢者医療保険の場合、上記（※）欄の記載は不要です。

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、金沢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、金沢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。	被保険者氏名 (署名又は記名押印)
--	----------------------

\*以下は市の記載欄です。

受付区分	本庁	泉野	元町	駅西	調査	事務連絡欄	介護保険課担当
1. 申請書受付日			内訳書確定		泉野		
2. 意見書回収日			意見書読込		元町		
3. 調査票回収日			調査票読込		駅西		
					専任		

確 認 欄	番号	番号カード・通知カード・住民票・端末・( )	代理	法定・委任状・本人発行		受付	入力
	本人	番号カード・運転免許証・障害者手帳・介護支援専門員証・保険証(介護・国保・後期高齢)・負担割合証・( )					