

様式第 1 1 号（別表関係）  
介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書  
（宛先）池田市長  
次のとおり申請します。

|                  |                                              |              |        |        |  |  |  |  |  |  |    |      |        |        |  |   |       |       |  |  |  |  |
|------------------|----------------------------------------------|--------------|--------|--------|--|--|--|--|--|--|----|------|--------|--------|--|---|-------|-------|--|--|--|--|
|                  |                                              | 申請年月日        |        |        |  |  |  |  |  |  |    | 年    |        | 月      |  | 日 |       |       |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号                               |              |        |        |  |  |  |  |  |  |    | 個人番号 |        |        |  |   |       |       |  |  |  |  |
|                  | 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<br>認定の結果等                             | 要介護(要支援)状態区分 |        |        |  |  |  |  |  |  |    |      |        |        |  |   |       |       |  |  |  |  |
|                  |                                              | 有効期間         |        |        |  |  |  |  |  |  |    |      |        |        |  |   |       |       |  |  |  |  |
|                  | 変更申請の理由                                      |              |        |        |  |  |  |  |  |  |    |      |        |        |  |   |       |       |  |  |  |  |
|                  | 過去 6 か月間の介<br>護保険施設、医療<br>機関等への入院又<br>は入所の有無 | 介護保険施設       |        | 名称・所在地 |  |  |  |  |  |  |    | 期間   |        | 年 月 日～ |  |   |       | 年 月 日 |  |  |  |  |
|                  |                                              |              | 名称・所在地 |        |  |  |  |  |  |  | 期間 |      | 年 月 日～ |        |  |   | 年 月 日 |       |  |  |  |  |
|                  | 医療機関等                                        |              | 名称・所在地 |        |  |  |  |  |  |  | 期間 |      | 年 月 日～ |        |  |   | 年 月 日 |       |  |  |  |  |
|                  | 有 ・ 無                                        |              | 名称・所在地 |        |  |  |  |  |  |  | 期間 |      | 年 月 日～ |        |  |   | 年 月 日 |       |  |  |  |  |

|                                           |              |                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>者<br>・<br>申<br>請<br>者 | 申請者氏名        |                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 申請者住所        | *申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           |              | 〒                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           |              | 電話番号                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 提出代行者<br>名称  | 該当に○(地域包括支援センター・指定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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 提出代行者<br>所在地 | 〒                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主<br>治<br>医 | 主治医の氏名 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 所 在 地  | 〒    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |        | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                  |               |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|------------------|---------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-------|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|
| 医<br>療<br>保<br>険 | 保険者名          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 保険者番号 |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                  | 被保険者<br>記号・番号 | 記号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 番号 |       |  |  |  | 枝番 |  |  |  |  |  |  |

第 2 号被保険者（4 0 歳から 6 4 歳までの医療保険加入者）の方のみ記入

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、池田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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                |     |     |     |     |     |      |          |
|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|----------|
|                | 受 付 | 資 格 | 受 給 | 保険料 | 被保証 | 資格者証 | 認定調査について |
| 池 田 市<br>記 入 欄 |     |     |     |     |     |      |          |