受付	入力	交付	発行	
/	/	/	/	/

【 記入例 】

様式第7号(第18条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

熊取町長　殿　　介護保険被保険者証の番号をご記入ください。　　個人番号をご記入ください。

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	医療保険	○○ (※国民健康保険の場合は市町村名)	保険者番号	○○○○○○○○		
医療保険	被保険者記号・番号	記号	○○○	番号	○○○○	枝番　○

フリガナ	クマトリ　ハナコ	生年月日	○○年　○○月　○○日生
氏名	熊　取　花　子	性別	男　・　女
住所	〒590－04○○ 泉南郡熊取町××○丁目△番□号 電話番号　○○○－○○○○－○○○○		
現在の要介護状態区分等	要介護（1・2・3・4・5）　要支援（1・2）		
	有効期間　○○年　○○月　○○日から　○○年　○○月　○○日		
変更申請の理由	下肢筋力が低下し、それに伴い日常生活動作が衰えてきたため。など （↑理由をなるべく的確かつ簡潔にご記入ください。）		

過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 有・無	介護保険施設の名称等・所在地 介護老人保健施設○○○○	期間　○○年○○月○○日～　年　月　日 入所中
	医療機関等の名称等・所在地 医療法人　○○会　○○病院	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

提出代行者	事業者番号	○△□●▲■○△□○
	名称	該当するものに○(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・介護医療院) 社会福祉法人○○○○(※提出を事業者等に依頼する場合のみ記入)
	住所	〒○○○－○○○○ 泉南郡熊取町○○×丁目△番□号 電話番号　○○○－○○○○－○○○○

主治医	主治医の氏名	○　○　○　○	医療機関名	医療法人　○○会　○○病院 ※正式名称をご記入ください
	所在地	〒590－04○○ 泉南郡熊取町○○×丁目△番□号 電話番号　○○○－○○○○－○○○○		

2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	骨折を伴う骨粗しょう症（※16種類の特定疾病のうち、該当するものをご記入ください。）

介護サービス計画又は介護予防サービス計画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熊取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　熊取　花子