別記第11号様式（第８条第１項関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

富良野市長　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	0 0 0 0	個人番号			
	医療保険　保険者名		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		生年月日	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・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分　１　２　３　４　５	要支援状態区分　１　２			
		有効期限　　年　月　日　から　　年　月　日				
	変更申請の理由					
	過去６カ月間の介護保険施設・医療機関等への入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年　月　日～　年　月　日			
		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	医療機関等の名称等・所在地	期間 年　月　日～　年　月　日			

申請者	氏名		本人との関係	
	住所	〒 電話番号		
提出代行者名称		該当に○（ 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 ）		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 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			
医療保険資格取得日	年　　月　　日	資格区分 該当に○	本人(被保険者・組合員)　・　退職本人(任意継続) 家族(被扶養者)　・　退職家族(任意継続)

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、主治医意見書、富良野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、富良野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。

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（代　理）

____________________　　　____________________

○ 訪問調査の参考にさせていただきますので、下記項目に記入してください。

申請理由 （身体状況 生活状況 希望サービス 等） ＊更新・区変の場合 サービス利用状況		
調査連絡先	□ 本人　□ 申請者　□ その他 ⇒	氏　名 本人との関係 電話番号
調査同席希望	□ 無　□ 有 ⇒	氏　名 本人との関係 電話番号

○ 14 日以内に他自治体（市町村）から転入した方のみ記入してください。

・転出先自治体（市町村）名　〔　　　　　　　　　　〕

・現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。　□ はい　□ いいえ

（既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）

「はい」の場合、申請日　　　年　　月　　日

認定結果通知 送　付　先 ＊被保険者住所以外を 希望する場合に記入	住　所	〒 （電話　　　　　　）
	氏　名	（本人との関係　　　　）

＊市担当者記入欄

調査票　依頼	令和　　年　　月　　日
意見書　依頼	令和　　年　　月　　日

受　付	調　査	備　考