

保険証回収	
保険証未回収	
資格証明書	

個人番号確認書類				
番号カード	通知カード	住民票	その他	市で補記

身元確認書類(本人・代理人)			
番号カード	運転免許証	その他	事業所職員証等

認定日

※市役所記入欄

第6号様式(第6条)

介護保険 要介護認定・要支援認定区分 変更申請書

木更津市長 様
次のお通り申請します。

申請書の記入者		本人との関係	
---------	--	--------	--

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0								申請日	令和 年 月 日		
	個人番号												
	医療 保険	保険者名						保険者番号					
		被保険者証	記号				番号			枝番			
	フリガナ							生年月日	大正 昭和	年 月 日			
	氏 名							性 別	男 ・ 女				
	住 所		〒 - 木更津市					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					
	変更申請の理由 (理由や本人の状態等を詳しく記入してください)												
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等の入院、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	
有 ・ 無		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	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・地域密着型介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院)									
	住所						電話番号 ()				

主 治 医	主治医の氏名				医療機関名	(科)					
	所在地	〒 -					電話番号 ()				
	受診の間隔	定期的 ・ 不定期			最後に受診した月	令和 年 月					

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)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木更津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、指定介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは指定介護療養型医療施設の関係人、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 _____

(裏)

訪問調査についての記入欄

本人、家族等の 連絡先	氏名 住所 〒 電話番号 被保険者との関係
連絡を取りやすい 曜日・時間帯	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 曜日 月・火・水・木・金 時間帯 午前・昼・午後 時ごろ
訪問調査の立会い	家族の立会い希望 有 (立会い者：) 無 調査前後の連絡は 必要 ・ 不要 介護支援専門員等の立会い希望 無 ※特別な理由がない限り、介護支援専門員等の立会いはお断りしております。 有 (立会い理由：)
訪問先	<input type="checkbox"/> 被保険者宅 (自宅) <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他 () 住所 名称 電話番号 病棟及び部屋番号 病棟 階 号室
その他	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (夫婦) <input type="checkbox"/> 同居 (その他：) ※本人及び家族等の健康状態 (熱・感染症など) に問題がある場合は、必ず記入してください。

注 その他の欄は、訪問調査時に留意すべき事項や伝えておきたい事項等があれば、記入してください。

※市役所記入欄

がん状況	<input type="checkbox"/> 主治医からの末期診断 <input type="checkbox"/> 余命宣告 () <input type="checkbox"/> 転移 有 ()・無		
滞納状況	有 ・ 無	備考	