様式第８号（第16条関係）

介護保険要介護（要支援）認定区分変更申請書

（宛先）静岡市長

次のとおり申請します。

申請年月日	年　月　日	申請番号	

申請者氏名 又　は 提出代行者名称	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・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院）	被保険者との関係 （注）提出代行者は記入しない	
申請者住所又は提出代行者の住所若しくは所在地	〒 電話番号		

提出代行者コード	

申請理由	３　変更

被保険者	被保険者番号		個人番号				
	医療保険者名		保険者番号				
	医療被保険者証記号番号枝番						
	フリガナ 氏　名		生年月日	明 大　年　月　日 昭	性別	男・女	
	住　所	〒	電話番号				
	現在の要介護区分等	要介護状態区分　１　２　３　４　５　　要支援状態区分　１　２ 有効期間　年　月　日から　年　月　日まで					
	変更申請の理　由						
	介護保険施設入院・入所の有無（短期入所を除く。）	有	入院・入所施設名				
			所　在　地				
		無	介護保険施設以外の入院入所施設名及び所在地				

主治医	医療機関名			診療科名			
	医　師　名		主治医・指定医の別	主・指	診察券番号（注）総合病院の場合のみ記入		
	所　在　地			電話番号			

施設に入院又は入所していない場合の希望調査地	市　区　町　番　号　番地　様方
訪問調査に対応できない日時等	
連絡先氏名等	（被保険者との関係　） 連絡先電話

第２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	

（注）太線の枠内は、記入しないでください。

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、及び主治医意見書を、静岡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。更新認定申請で 30 日以内に認定結果が通知されない場合に、現在の認定有効期間中に限り認定延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿