第７号様式

要介護・要支援認定（区分変更）申請書

唐津市長　様　　年　　月　　日

被保険者の情報	介護保険被保険者番号			個人番号			
	医療保険保険者名			医療保険保険者番号			
	医療保険被保険者証	記号		番号		枝番	
	フリガナ			性別	男・女	生年月日	大正・昭和　年　月　日
	被保険者氏名						
	住所	郵便番号					
	電話番号						
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援状態区分					
		有効期限(始期)	年　月　日	有効期限(終期)	年　月　日		
	変更申請の理由						
	過去６カ月の介護保険施設・医療機関等への入院・入所	過去６月間の入院、入所の有無	有　・　無				
		①介護保険施設の名称等・所在地					
		①期間(始期)	年　月　日	①期間(終期)	年　月　日		
		②介護保険施設の名称等・所在地					
		②期間(始期)	年　月　日	②期間(終期)	年　月　日		
		③医療機関等の名称等・所在地					
		③期間(始期)	年　月　日	③期間(終期)	年　月　日		
		④医療機関等の名称等・所在地					
		④期間(始期)	年　月　日	④期間(終期)	年　月　日		

提出代行者の情報	種別		名称	
	住所	郵便番号		
	電話番号			

主治医の情報	主治医の有無	有　・　無	
	主治医の氏名		
	医療機関名		
	医療機関の所在地	郵便番号	
	医療機関の電話番号		

第二号被保険者の情報 ※第二号被保険者のみ記入	特定疾病名	

認定調査の日程調に関する連絡先	フリガナ			
	連絡先氏名		被保険者との関係	
	担当者の電話番号			
	担当者のメールアドレス			

本人同意	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、唐津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、唐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、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。 ☐　同意する

記入補足

〇提出代行者の情報欄について、ご家族が代理で申請される場合は、次のとおり記入する。

（１）種別欄は、被保険者からみた代理申請されるご家族との続柄を記入する。

例：夫、妻、子　など

（２）名称欄は、代理申請されるご家族の氏名を記入する。

（３）住所欄と電話番号欄は、代理申請者の住所及び代理申請者の電話番号を記入する。