市役所記入欄	
□認定調査票（基本調査） □主治医意見書	□電算□入力□交付

受付印

様式第６号（第10条関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

宇佐市長　　宛て

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	保険者名		保険者番号	
		被保険者証	記号	番号	枝番
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名			生年月日	明・大・昭　年　月　日
				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	介護保険施設等の名称等・所在地		期間　年　月　日～　年　月　日	
		介護保険施設等の名称等・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	

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）
	住　所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

第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	

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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、宇佐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。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人との関係　　）

●介護保険　申請時添付メモ

被保険者氏名	（認知症状の有無　有 ・ 無 ）
調査立会希望	有　・　無
立会者氏名・続柄	
調査日程調整の連絡先 （氏名、続柄も記載）	氏名 ：　　続柄 ： 子 ・（　　） TEL ※できるだけ昼間（8:30～17:00）に連絡のとれる連絡先をお願いします。
資格者証の交付	要　・　否
調査場所等の希望	自 宅　・　自 宅 外（　　）
都合の悪い日・曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・（　　）
現在のサービス利用状況 （デイの曜日、ヘルパーの利用時刻等）	
結果の送付先 ※介護保険証の送付先希望があればご記入下さい。ご本人又はご家族に確認してください。	1. 本人自宅 2. 自宅以外（家族・施設等） 〒　　－ 大分県 3. 宇佐市役所内の居宅事業所用連絡ボックス
その他特記事項（被保険者のサービス希望、家族状況、居住環境等）	

●認定申請にあたり、提出代行者（居宅支援事業所等）が資料請求を希望する場合

被保険者の要介護認定等に関する資料について、介護（介護予防）サービス計画作成のため提供されるよう申請します。資料の提供を受けた際は、介護保険法その他関係法令の定めるところにより、資料を適正に管理することを確約します。

申請者・事業所名

代　表　者　名

介護認定結果の交付時に、資料提供を希望する一覧

提供資料	□　認定調査票 （基本調査）	ア　福祉用具貸与費算定のため （品目：　　） イ　地域包括支援センターで他の事業者からの資料入手が困難なため
	□　主治医意見書	

※提供資料は、宇佐市役所庁舎内に設置している居宅支援事業者連絡ボックスへの投函により原則行います。
※認定申請時と同時に資料提供を求めることができるのは提出代行者のみとなります。
　異なる場合は、別様式「要介護認定等の資料提供に係る申請書」を提出してください。