様式第 12 号（第 25 条関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

記入例

羽曳野市長　様

被保険者の氏名、住所などを
記載してください。

申請年月日　　　年　　　月　　　日

被保険者		0 0 1 2 3 4 5	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
	フリガナ	ハビキノ　ハナコ	生年月日	S　△ 年　△ 月　△ 日		
	氏　　名	羽曳野　花子	性　別	男・[✓ 女]	年　齢	○○ 歳
	住　　所	〒　583－8585 羽曳野市誉田４丁目１番１号 電話番号 △△△－△△△ －△△△△				
	前回の認定結果	要介護区 要支援区	間:	R △ 年　△ 月　△ 日 ～　R × 年　× 月　× 日		
	申請の理由	□介護の手間が増えた 具体的に（　）	□介護の手間が減った			
	医療保険　保険者名	●●健康保険	保険者番号	000000		
	医療保険　被保険者記号・番号	記号　●●●●	番号	12345678	枝番	12

介護の手間の増減理由を
記載してください。

医療保険情報を記載してください。

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　療院 ）
	所在地	〒　　－　　　【代行ケアマネジャー：　　　】 電話番号　　－　　－

家族・親族が申請する場合は
空欄にしておいてください。

★介護が必要な傷病を治療している
主治医を記載してください。

医療機関名は正確にご

主治医	医療機関名	●●病院	主治医氏名	○○　△△
	所在地	〒　XXX－XXXX ○○市△△１丁目２番３号 電話番号 △△△－△△△ －△△△△		

２号被保険者（40 歳から 64 歳までの医療保険加入者）のみご記入ください。

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、主治医意見書、羽曳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、羽曳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　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。また、申　内に認定される場合は、処分延期通知の省略に同意します。

本人が署名できない場合は
代筆による記名をしてください。

本人氏名	羽曳野　花子

※**裏面**もご記入ください。

※市記入欄　受付担当者（　　　）	被保険者証　□ 資格者証　□　　医療情報または写し　□

認定（訪問）調査について

・訪問調査を円滑に行うために必要となりますので、ご記入ください。
・必要事項の記入及び該当する□に☑チェックをお願いいたします。

被保険者番号	0000012345
氏名	羽曳野　花子

1．訪問調査はどちらにお伺いすればよろしいですか。

☑住民票住所（申請書に同じ）　　□それ以外

★調査を自宅以外（病院、施設、家族宅等）で行う場合は、記載してください。

調査先	〒　　ー　　電話番号　　ー　　ー	
	◆病院・施設名（　　）	
	◆病棟・階・部屋番号等（　　）	
	入院・入所期間等	年　月　日～　年　月　日・退院未定 ◈入院中に手術（予定）あり→【手

2．調査当日に、同席される方はいらっしゃいますか。

★日頃の様子をよく知っている方の同席をお願いします。

☑有

□無（本人のみ）

ﾌﾘｶﾞﾅ	ハビキノ　タロウ	本人との関係	夫
氏名	羽 曳 野　太 郎		
連絡先	①○○○-×××-△△△△　② ○○○-△××-△△××		

3．調査の日程調整は、どなたとすれば

①に連絡のつきやすい番号を記載してください。
（※基本的に、平日の昼間にご連絡します）

□本人

□同席者に同じ

☑その他

ﾌﾘｶﾞﾅ	ハビキノ　イチロウ	本人との関係	長男
氏名	羽 曳 野　一 郎		
連絡先	①○○-×△×△-□□□□　② ○○○-×××-△△△△		

4．その他、調査時に注意すること伝えておきたいことがありましたら、ご記入下さい。

例：「手話通訳を希望します」、「毎週月・火はデイサービス利用」等

その他、訪問調査の日程調整等に
必要なことがあれば記載してください。

緊急連絡先：☑ 1.親族　　□ 2.その他

氏名：　羽曳野　一郎　　関係：　長男　　連絡先：　○○　ー　×△×△　ー　□□□□