様式第12号（第８条関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

伊方町長　　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和〇　年　〇　月　〇　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	伊方町										保険者番号	380907															
	医療保険 被保険者記号・番号	記号	〇〇〇									番号	〇〇〇〇〇〇〇〇											枝番	〇〇			
	フリガナ	イカタ　タロウ										生年月日	昭和〇年〇月〇日															
	氏名	伊方　太郎										性別	男															
	住所	〒796-0301 伊方町湊浦1993番地1 電話番号　0894-38-2652																										
	前回の要介護認定の結果等	要介護　1																										
		有効期限　令和〇年〇月〇日　から　令和〇年〇月〇日																										
	変更申請の理由	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため。																										
	過去６月間の介護保険施設、医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地 〇〇病院　□□町△丁目×番地×号										期間 R〇年〇月〇日　～　R〇年〇月〇日																
		介護保険施設等の名称等・所在地										期間 ～																
		医療機関等の名称等・所在地										期間 ～																
	有	医療機関等の名称等・所在地										期間 ～																

提出代行者	名称	該当に〇（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	愛媛　一郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒796-×××× □□町△丁目×番地×号　電話番号　××××-××-××××		

第二号被保険者（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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、伊方町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、伊方町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。

本人氏名　伊方　太郎