

第5号様式(第6条関係)

申請年月日                      年           月           日

介護サービス計画の作成・地域ケア会議における個別事例の検討・指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設における入所に関する検討等、介護保険事業の適切な運営のために必要であることは、要介護認定と要支援認定における調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見、及び主治医意見書、実川町・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員に従事した調査員に提示することにより同意する。

第5号様式(第6条関係)

申請年月日 年 月 日

介護サービス計画の作成や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・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、主治医意見書、療川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施設等の関係人が取得した本人の状況等の情報を、療川町が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・日常生活支援総合支援センター、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福祉基盤強化で費行っている場合を含む。）ことと同意します。

本人氏名

| 現 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         | 改 正 案                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-------|--|-------------------------------------------------------------|------------|-------|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--------|------------------------------------------------------|-------|-------|--|-----------|-----|-----|------|--|--|------|--|--|------|-----------|--|-----|--|--|-----|--|--|-----|---|--|------|--|--|-------------|-------------------|--|-------------|--|--|---------|--|--|--|--|--|-------------------------|----------------|--|-----------------|--|--|----------------|--|-----------------|--|--|---------------|--|-----------------|--|--|---------------|--|-----------------|--|--|-------|--|---------------|--|-----------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------|--|-------|--|------------------|------------|--|--|------|--|--|---------|--|--|-------|--|--|-----------|-----|-----|-----|--|--|------|--|--|------|-----------|--|-----|--|--|-----|--|--|-----|---|--|------|--|--|-------------|-------------------|--|-------------|--|--|---------|--|--|--|--|--|-------------------------|----------------|--|-----------------|--|--|----------------|--|-----------------|--|--|---------------|--|-----------------|--|--|---------------|--|-----------------|--|--|-------|--|---------------|--|-----------------|--|
| 第6号様式(第6条関係)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         | 第6号様式(第6条関係)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 第6号様式(第6条関係)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         | 第6号様式(第6条関係)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         | 介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| (宛先)寒川町長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         | (宛先)寒川町長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 次のとおり申請します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         | 次のとおり申請します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| <table><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">申請年月日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="10">被<br/>保<br/>険<br/>者</td><td>介護保険被保険者番号</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>保 険 者 名</td><td colspan="2"></td><td>保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>被保険者記号・番号</td><td>記 号</td><td>番 号</td><td colspan="3">枝 番</td></tr><tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年 月 日( )歳</td></tr><tr><td>氏 名</td><td colspan="2"></td><td>性 別</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="2">〒</td><td colspan="3">電話番号</td></tr><tr><td>前回要介護認定の結果等</td><td colspan="2">要介護状態区分 1 2 3 4 5</td><td colspan="3">要支援状態区分 1 2</td></tr><tr><td>変更申請の理由</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td rowspan="4">過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無</td><td colspan="2">介護保険施設の名称等・所在地</td><td colspan="3">期間 年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">介護保険施設の名称等・所在地</td><td colspan="3">期間 年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">医療機関等の名称等・所在地</td><td colspan="3">期間 年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">医療機関等の名称等・所在地</td><td colspan="3">期間 年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">有 ・ 無</td><td colspan="2">医療機関等の名称等・所在地</td><td colspan="2">期間 年 月 日～ 年 月 日</td></tr></table> |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      | 申請年月日                                                |           | 年 月 日 |  | 被<br>保<br>険<br>者                                            | 介護保険被保険者番号 |       |      | 個人番号 |                                                                                                                                                                                                             |  | 保 険 者 名 |        |                                                      | 保険者番号 |       |  | 被保険者記号・番号 | 記 号 | 番 号 | 枝 番  |  |  | フリガナ |  |  | 生年月日 | 年 月 日( )歳 |  | 氏 名 |  |  | 性 別 |  |  | 住 所 | 〒 |  | 電話番号 |  |  | 前回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 |  |  | 変更申請の理由 |  |  |  |  |  | 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地 |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  | 介護保険施設の名称等・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 |  |  | 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 |  | <table><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">申請年月日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="10">被<br/>保<br/>険<br/>者</td><td>介護保険被保険者番号</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>保 険 者 名</td><td colspan="2"></td><td>保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>被保険者記号・番号</td><td>記 号</td><td>番 号</td><td colspan="3">枝 番</td></tr><tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年 月 日( )歳</td></tr><tr><td>氏 名</td><td colspan="2"></td><td>性 別</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="2">〒</td><td colspan="3">電話番号</td></tr><tr><td>前回要介護認定の結果等</td><td colspan="2">要介護状態区分 1 2 3 4 5</td><td colspan="3">要支援状態区分 1 2</td></tr><tr><td>変更申請の理由</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td rowspan="4">過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無</td><td colspan="2">介護保険施設の名称等・所在地</td><td colspan="3">期間 年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">介護保険施設の名称等・所在地</td><td colspan="3">期間 年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">医療機関等の名称等・所在地</td><td colspan="3">期間 年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">医療機関等の名称等・所在地</td><td colspan="3">期間 年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">有 ・ 無</td><td colspan="2">医療機関等の名称等・所在地</td><td colspan="2">期間 年 月 日～ 年 月 日</td></tr></table> |  |  |  | 申請年月日 |  | 年 月 日 |  | 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険被保険者番号 |  |  | 個人番号 |  |  | 保 険 者 名 |  |  | 保険者番号 |  |  | 被保険者記号・番号 | 記 号 | 番 号 | 枝 番 |  |  | フリガナ |  |  | 生年月日 | 年 月 日( )歳 |  | 氏 名 |  |  | 性 別 |  |  | 住 所 | 〒 |  | 電話番号 |  |  | 前回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 |  |  | 変更申請の理由 |  |  |  |  |  | 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地 |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  | 介護保険施設の名称等・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 |  |  | 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 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | 申請年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      | 年 月 日                                                |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 介護保険被保険者番号              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      | 個人番号                                                 |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 保 険 者 名                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      | 保険者番号                                                |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 被保険者記号・番号               | 記 号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 番 号                                                  | 枝 番                                                  |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | フリガナ                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      | 生年月日                                                 | 年 月 日( )歳 |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 氏 名                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      | 性 別                                                  |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 住 所                     | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                      | 電話番号                                                 |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 前回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                                          |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 変更申請の理由                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      | 期間 年 月 日～ 年 月 日                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | 介護保険施設の名称等・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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 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                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | 申請年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      | 年 月 日                                                |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 介護保険被保険者番号              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      | 個人番号                                                 |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 保 険 者 名                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      | 保険者番号                                                |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 被保険者記号・番号               | 記 号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 番 号                                                  | 枝 番                                                  |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | フリガナ                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      | 生年月日                                                 | 年 月 日( )歳 |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 氏 名                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      | 性 別                                                  |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 住 所                     | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                      | 電話番号                                                 |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 前回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                                          |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 変更申請の理由                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      | 期間 年 月 日～ 年 月 日                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | 介護保険施設の名称等・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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 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                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| <table><tr><td rowspan="2">提出代行者</td><td>名 称</td><td colspan="4">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)</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="2">〒</td><td colspan="2">電話番号</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         | 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 |      | <table><tr><td rowspan="2">提出代行者</td><td>名 称</td><td colspan="4">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)</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="2">〒</td><td colspan="2">電話番号</td></tr></table> |  | 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 |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 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                                                 |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 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                                                 |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| <table><tr><td rowspan="2">主治医</td><td>主治医の氏名</td><td colspan="2"></td><td>医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td colspan="2">〒</td><td colspan="2">電話番号</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         | 主治医                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 主治医の氏名                                               |                                                      |           | 医療機関名 |  | 所 在 地                                                       | 〒          |       | 電話番号 |      | <table><tr><td rowspan="2">主治医</td><td>主治医の氏名</td><td colspan="2"></td><td>医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td colspan="2">〒</td><td colspan="2">電話番号</td></tr></table>                           |  | 主治医     | 主治医の氏名 |                                                      |       | 医療機関名 |  | 所 在 地     | 〒   |     | 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                                                 |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 主治医                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 主治医の氏名                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      | 医療機関名                                                |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 所 在 地                   | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                      | 電話番号                                                 |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         | 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| <table><tr><td>特定疾病名</td><td colspan="5"></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         | 特定疾病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                      |           |       |  | <table><tr><td>特定疾病名</td><td colspan="5"></td></tr></table> |            | 特定疾病名 |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 特定疾病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 特定疾病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |
| 介護サービス計画の作成、地域ケア会議における個別事例の検討、指定介護老人福祉施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設への入所の検討その他これらに類する目的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、意見及び主治医意見書を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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         | 介護サービス計画の作成、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、主治医意見書、寒川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、寒川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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         | 本人氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |                                                      |           |       |  |                                                             |            |       |      |      |                                                                                                                                                                                                             |  |         |        |                                                      |       |       |  |           |     |     |      |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |       |  |       |  |                  |            |  |  |      |  |  |         |  |  |       |  |  |           |     |     |     |  |  |      |  |  |      |           |  |     |  |  |     |  |  |     |   |  |      |  |  |             |                   |  |             |  |  |         |  |  |  |  |  |                         |                |  |                 |  |  |                |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |               |  |                 |  |  |       |  |               |  |                 |  |

附 則  
この規則は、令和8年4月1日から施行する。