

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

由利本荘市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号												
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日											
	氏 名											性 別	男 ・ 女											
	住 所	〒										電話番号												
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2												
		有効期間										年 月 日 から 年 月 日												
	変更申請の 理 由																							
	過去 6 月間 の介護保険 施設医療機 関等入院、 入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												
		介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												
		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												
医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日														

提 出 代 行 者	フリガナ 氏 名 (または事業者名)	該当に○【家族等(本人との関係)・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・指定介護療養型医療施設・介護医療院】																				
	住 所	〒										電話番号										

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名												
	所 在 地	〒										電話番号												

医療保険(特定疾病名は第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入)※後期・国保加入者は記入不要

医療保険者名											医療保険者番号													
医療保険者種別	国保・社保・共済・船員										記号	番号												
被保険者氏名											資格区分	本人・家族・退職本人・退職家族												
資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日										特定疾病名													

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、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。また、主治医意見書を記載した医師から認定審査会による判定結果・意見を求められた際に提示することに同意します。第二号被保険者の場合、国保税の収納状況を確認されることに同意します。

本人氏名

関 覧	課 長	課長補佐	班 長	課 員	取扱者	受付印	