

介護保険 要介護認定変更申請書

上天草市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号												個人番号													
	医療 保 険	保険者名											保険者番号													
		被保険者証	記号									番 号						枝番								
	フリガナ												生年月日		明・大・昭				年		月		日			
	氏 名												年 齢		歳		性 別		男 ・ 女							
	住 所		〒 一 上天草市										番地		電話番号 ()											
	現在の要介護認定状態区分		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 日まで													
	変更申請の理由																									
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入所・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				
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地										期間		年		月		日～		年		月		日		

申 請 者 ・ 提 出 代 行	氏 名 又は名称	(該当に○) 本人・家族(続柄) 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	〒 一										電話番号		()								

*提出代行の場合は、必ず事業所印を押印してください。

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所 在 地	〒 一										電話番号		()									

*第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を、市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することを同意します。

市記入欄	入力年月日	被保険者証	資格者証
	.	回収 ・ 未回収	発行 ・ 未発行

本人氏名(署名) _____

代筆者氏名(署名) _____

※このアンケートは認定調査を円滑に実施するために、ご記入をお願いしているものです。
該当する□に✓あるいは○で囲み、必要事項等のご記入をお願いします。

1 認定調査における同席について

※昼間連絡のとれる連絡先、できれば携帯電話番号をご記入ください。

代理権：☐ (代理人による申請の場合)

