

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

比布町長 様
次のおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号					
	医療 保険	保険者名	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		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 1 2			
			有効期間 平成・令和		年	月	日	から令和 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	
有 ・ 無		医療機関の名称等・所在地		期間	年	月	日～年 月 日	
		医療機関の名称等・所在地		期間	年	月	日～年 月 日	

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・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		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名						
-----------	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を保険者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に同意します。

本人氏名

【裏面もあります】

訪問調査について	日程調整の 連絡先	フリガナ 氏 名	本人との関係 ()	
		電話		
	調査に同席を	できる ・ できない		
	調査場所	1 本人宅 2 入院・入所先 ()		
3 その他		住所		
		電話番号		

被保険者住所と異なる住所に通知書の送付を希望する場合

送付先の変更	送付先住所	〒 ー		
	フリガナ 受取人氏名		本人との関係 ()	
	受取人 電話番号		送付先変更は	今回のみ ・ 今後も

※「今後も」を選択した場合は、今後発送されるすべての介護保険関係文書が送付されます。