

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

日高中部広域連合長 様
次のとおり申請します。

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										〒																			
	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 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで									
変更申請の理由																														
過去6月間の介護保険 施設、医療機関等への 入院又は入所の有無										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										
有・無										医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日										

申 請 書 提 出 者 (本人 の場合 は記入 不要)	被保険者との 関係										1. 親族（本人との関係： ） 2. 提出代行者（地域包括支援センター・指定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） 3. その他（具体的に： ）									
	名前・名称																			
	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										

2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・意見及び主治医意見書を日高中部広域連合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