

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

枝 幸 町 長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
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)		
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。

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 日生	
	氏名	_____	性別	男・女	
	住所	〒 _____ 電話番号 _____			
	前回の要介護認定の結果 ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	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
		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	

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)のみ記入してください。

医療保険者名	_____	医療保険被保険者証記号番号	_____
特定疾病名	_____		

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、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枝幸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又は介護保険施設の関係人に提出することに同意します。

本人氏名 _____