

介護保険 要介護状態・要支援状態区分変更申請書

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
申請者氏名			本人との関係
提出代行者名称	該当に○(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院) 印		
申請者住所	〒 電話番号		

被 保 者	被保険者番号											*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	
	フリガナ											生年月日	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	
	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間										年 月 日から 年 月 日	
	変更申請の理由												
介護保険施設入所の有無(短期入所を除く)	有	入所施設名											
		所在地											
	無												

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

医療保険者名			医療保険被保険者記号番号		
特定疾病名					

介護サービス・介護予防サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者・地域包括支援センター、居宅サービス・介護予防サービス事業者又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