

介護保険

要介護認定・要支援認定区分変更申請書

大和高田市長 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
	提出代行事業者名称	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・その他)		
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		電話番号

*個人番号の記載がなくても、申請書は通常どおり受理します。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0	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		
	氏名	フリガナ			性別		
	生年月日	大・昭 年 月 日 () 歳					
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		電話番号			
	主治医氏名				医療機関名		
	主治医所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		電話番号			
	変更申請の理由	1. 状態の悪化 2. 状態の改善 3. その他 ()					
	現在の認定結果等	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 年 月 日 ~			年 月 日		
	過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設・医療機関の名称・所在地			期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
介護保険施設・医療機関の名称・所在地			期間 年 月 日 ~ 年 月 日				

※裏面も必ず記入下さい

※次の枠内は、2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入して下さい。

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、大和高田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、地域密着型サービス事業者、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。また、更新申請では、申請日から30日を超えた場合でも、認定有効期間内であれば、原則として延期通知の送付は不要である旨同意します。

※本人が署名できない場合はこちらもお書き下さい。

代筆者氏名

本人との関係 ()

本人氏名 _____

