

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

東串良町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		4 8 2 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					
	被 保 険 者	フリガナ				生年月日				年	月	日			
		氏名				性別	男・女								
	保 険 者	住所		〒			振興会名								
						電話番号									
	変更申請の理由														
	前 回 の 要 介 護 認 定 結 果 等		要介護 1 2 3 4 5		要支援 1 2										
			有効期間		令和 年 月 日		～		令和 年 月 日						
	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・所在地				期間		令和 年 月 日		～			令和 年 月 日		
医療機関等の名称・所在地				期間		令和 年 月 日		～			令和 年 月 日				
有・無		医療機関等の名称・所在地				期間		令和 年 月 日		～			令和 年 月 日		

提 出 代 行	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・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	〒									

第2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、東串良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

現在利用中のサービスがある場合は、チェック及び事業所名を記入してください。	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ）・訪問看護	事業所名 _____		
	<input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハビリ（デイサービス等）	事業所名 _____		
	<input type="checkbox"/> その他（住宅改修、福祉用具貸与・購入）	事業所名 _____		
調 査 時 の 連 絡 先 等 【 家 族 等 の 立 合 い 有 ・ 無 】	氏名	続柄 _____		
	住所	電話 _____		