

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

大沼郡三島町長

矢澤 源成 様

次のとおり申請します。

※太枠内を記入してください。

※申請者が被保険者本人の場合、申請者欄は記載不要。

|       |    |                                                                       |    |   |   |   |
|-------|----|-----------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|
|       |    | 申請年月日                                                                 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 申請者   | 氏名 |                                                                       |    |   |   |   |
|       | 住所 | 本人との関係                                                                |    |   |   |   |
|       |    | 電話番号                                                                  |    |   |   |   |
|       |    | 連絡先<br>電話番号                                                           |    |   |   |   |
| 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)<br>印 |    |   |   |   |
|       | 住所 | 〒<br>電話番号                                                             |    |   |   |   |

|      |                             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
|------|-----------------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|
| 被保険者 | 被保険者番号                      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
|      | 個人番号                        |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
|      | フリガナ                        |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
|      | 氏名                          | 生年月日 性別 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
|      | 住所                          | 〒<br>電話番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
|      | 前回の要介護認定の結果等                |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
|      | 変更申請の理由                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
|      | 過去6カ月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無 | 介護保健施設の名称等  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間: |
|      |                             | 所在地         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間: |
|      |                             | 医療機関等の名称等   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
| 有・無  | 所在地                         |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |

|     |       |           |  |  |  |       |  |  |  |  |
|-----|-------|-----------|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| 主治医 | 主治医氏名 |           |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |
|     | 所在地   | 〒<br>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 |  |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |  |
| 特定疾病名  |  |  |               |  |  |

介護サービス計画を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