

介護保険 [要介護・要支援]認定 区分変更 申請書

みどり市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		〇 〇 〇 〇				個人番号									
	医療 保 険	保険者名						保健者番号								
		被保険者証		記号				番号				枝番				
	フリガナ						生年月日		明・大・昭		年		月		日	
	氏名						性別		男		・		女			
	住所		〒 群馬県 みどり市				電話番号：0277-									
	現在の要介護 状態区分等		認定区分		要介護 1 2 3 4 5		経過的要介護		要支援 1 2							
			有効期間		年 月 日 から		年 月 日 まで									
	変更申請の理由															
	現在の状況 (該当箇所 ○をつけて ください)		在宅		1. 同居家族あり		2. ひとり暮らし		3. その他 ()							
入院			施設名													
入所			所在地													

申 請 者 (提出代行者)	氏名 (事業所名)						事業所名 又は続柄					
	住所 (所在地)		〒 -				電話番号：					

認 定 調 査 連 絡 先 (申請者と同じ 場合は省略可)	1. 本人 2. 同居家族 3. その他 ※ 2、3の場合は下記に記入してください。											
	氏名						本人との関係					
	住所		〒 -				電話番号：					

主 治 医	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

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、みどり市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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						代筆者氏名						続柄			
------	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	----	--	--	--

(本人氏名及び代筆者氏名は直筆してください)