

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

南九州市長様

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号		個人番号		
	医療 保険	保険者名	保険者番号		
		資格確認証	記号	番号	枝番
	フリガナ		生年月日 (年齢)	明・大・昭 年 月 日 ()	
	氏名		性別	男・女	
	住所 (住民登録地)		〒 - 電話番号 () -		
	現在の要介護 認定等の内容		要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2
変更申請の 理由		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 向上			
過去6月間の医療機 関・介護保険施設等 入院・入所 (有・無)		名称・所在地 医・介		期間 退院・退所予定日等 年 月 日～ 年 月 日	
		名称・所在地 医・介		期間 退院・退所予定日等 年 月 日～ 年 月 日	

提 出 代 行 者	代行者氏名 又は事業所名	(被保険者との関係 :)		
	(事業所種別)	該当に○ (地域包括支援センター・指定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・所在地	〒 - 電話番号 () -		

主 治 医	フリガナ 主治医氏名	医療機関名
	医療機関所在地	〒 - 電話番号 () -

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名

調 査 に つ い て ・ そ の 他	フリガナ 連絡者名	被保険者 との関係	連絡先	() -	
	立会希望	有・無	調査 場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他施設 <input type="checkbox"/> 家族宅 名称 ()	
	結果送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 調査立会者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	利用しているサー ビス等	月	【訪問調査に対応出来ない日】		
		火	【その他連絡事項】		
	水				
	木				
	金				
	土				
	日				

介護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指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、地域包括支援センター、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)

職・通 () / 介支・免・医保 () / 介保・医保・委 ()