

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

受付

被保険者についての情報を正確に記入してください。区分変更される理由も記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号							生年月日	明・大・昭 年 月 日
	フリガナ 氏名							性別	男・女
	住所 (住民票上)	〒							
	現在の 居所	どちらかに を 1. 上記の住所 してください 2. 上記以外の住所(病院・施設・親戚の家等、現在の居所を下の欄に記入してください)							
	2 の 場 合	〒					↓	退院予定	未定・有(月 日頃)
現在の要介護状態区分等		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	経過的要介護	要支援1	要支援2
有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
申請理由									

連絡先には市から昼間に連絡のとれる番号を記入してください。

認 定 調 査	認定調査日等の 連絡先	フリガナ 氏名							(携帯電話・勤務先・自宅)
	調査時の家族等 の立会い希望	有・無	被保険者 本人の状況	特に問題なし・配慮が必要(聴力・伝達能力) 特に調査員に伝えたいこと()					

主治医意見書の記入を依頼したい病院名(かかりつけ、入院先等)・主治医氏名を記入してください。主治医へは市から依頼します。

主 治 医	フリガナ 氏名			医療 機 関	所在地	〒			
	(科)				フリガナ 名称				
	受診状況	定期的・不定期	最終受診日	年 月 日	次回受診予定日	年 月 日			
認定結果や居宅介護支援事業者名を主治医に通知することに同意する。							被保険者氏名		
(主治医から市へ情報提供の依頼があった場合に限り。同意される場合は署名、押印をお願いします。)									

提 出 者	住所(所在地)	〒					代 行 事 業 者 記 入 欄	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	
	フリガナ 氏名(事業者名)	代行事業者押印							担当者名:
	被保険者との関係	提出代行事業者は 右欄も記入							

2 号 被 保 険 者	40歳から64歳の医療 保険加入者の記入欄 (医療保険証のコピーを 添付してください)	医療保険 被保険者記号番号	保険者名
		特定疾病名	

事務処理欄

センター名	訪問調査日調整済 予定日 年 月 日
委託先	

受 付 欄	被保険者証回収 資格者証発行	身分証明書確認
	担当 _____	事務所