

介護保険要介護認定変更申請書

増毛町長 様

次のとおり申請します。

										個人番号																			
介護保険 被保険者番号										申請年月日					年 月 日														
医療 保険	保 険 者 名										保 険 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										〒										電 話 番 号									
前回の要介護 認定の結果等										*要介護・要支援 更新認定の場 合のみ記入					要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2									
										*14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入										有効期間 年 月 日 から 年 月 日									
変更申請の理由										転出元自治体(市町村)名 []										現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)					はい・いいえ				
										介護保険施設 入院・入所の 有 無 (短期入所を 除く)										有					入院・入所施設名				
無					介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名															所在地									

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)													
	住 所										〒										電 話 番 号			

主 治 医	主治医の氏名										医療機関名													
	所 在 地										〒										電 話 番 号			

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