

介護保険 要介護認定 ・ 要支援認定区分変更申請書

枕崎市長様

次のとおり申請します。

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |  |                   |  |  |  |                      |                      |                    |  |  |  |  |
|---|--|-------------------|--|--|--|----------------------|----------------------|--------------------|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>者   | 被保険者番号                                     |                   |  |  |  |                      | 個人番号                 |                    |  |  |  |  |
|   | フリガナ                                       |                   |  |  |  |                      | 生年月日<br>(年齢)         | 明・大・昭<br>年 月 日 ( ) |  |  |  |  |
|   | 氏名   |                   |  |  |  |                      | 性別                   | 男・女                |  |  |  |  |
|   | 住所<br>(住民登録地)                              | 〒 - 電話番号          |  |  |  |                      |                      |                    |  |  |  |  |
|   | 現在の要介護<br>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<br>理由                                |                   |  |  |  |                      |                      |                    |  |  |  |  |
|   | 過去6月間の介護保<br>険施設・医療機関等<br>入院入所の有無<br>(有・無) | 介護保険施設等の名称・所在地    |  |  |  |                      | 期間 R 年 月 日 ~ R 年 月 日 |                    |  |  |  |  |
|   | 医療機関の名称・所在地                                |                   |  |  |  | 期間 R 年 月 日 ~ R 年 月 日 |                      |                    |  |  |  |  |
| ※(連絡事項) 認定結果通知等の送付先が被保険者欄の住所と異なる場合等に送付先の宛名及び住所等を記入してください。 |  |                   |  |  |  |                      |                      |                    |  |  |  |  |

|             |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申<br>請<br>者 | フリガナ<br>申請者氏名・事業所<br>名 | (被保険者との関係: )   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 住所                     | 〒 - 電話番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                        | 該当に○<br>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・指定療養型医療施設・介護医療院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                            |   |      |     |                    |              |        |       |               |        |  |  |
|----------------------------|---|------|-----|--------------------|--------------|--------|-------|---------------|--------|--|--|
| 調<br>査<br>に<br>つ<br>い<br>て | フリガナ<br>連絡者氏名   |      |     |                    | 被保険者<br>との関係 |        |       | 連絡先           |        |  |  |
|                            | 立会者等付記事項  | 立会希望 | 有・無 | 訪問調査に対応<br>できない日時等 |              |        |       |               |        |  |  |
|                            | 調査実施場所  | 本人宅  |     | 介護保険施設             | 医療機関等        | その他の施設 | 本人宅以外 |               |        |  |  |
|                            | 調査先住所<br>(被保険者の現住所と異なる<br>場合に記入。入院・入所<br>中の場合は実施場所に○) | 〒 -  |     |                    | 施設名等         |        |       | 退院・退所<br>の予定日 | 月 日・未定 |  |  |

|     |             |     |  |  |       |  |  |  |
|-----|-------------|-----|--|--|-------|--|--|--|
| 主治医 | 氏名          |     |  |  | 医療機関名 |  |  |  |
|     | 医療機関<br>所在地 | 〒 - |  |  | 電話番号  |  |  |  |

|                  |             |  |  |  |       |  |  |    |
|------------------|-------------|--|--|--|-------|--|--|----|
| 医<br>療<br>保<br>険 | 保険者名        |  |  |  | 保険者番号 |  |  |    |
|                  | 被保険者証<br>記号 |  |  |  | 番号    |  |  | 枝番 |

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|

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)