

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 保 険 者	被保険者番号												個人番号																					
	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 (年齢)		明・大・昭 年 月 日 ()																			
	氏 名												性 別		男 ・ 女																			
	住 所 (住民登録地)		〒 ー										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																					
			有効期間		R 年 月 日 から R 年 月 日 まで																													
	変更申請の 理 由																																	
	過去6月間の介護保 険施設・医療機関等 入院入所の有無 (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 請 者	フリガナ 申請者氏名・事業所名		(被保険者との関係：)																	
	住 所		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・介護医療院) 〒 ー 電話番号																	

調 査 に つ い て	フリガナ 連絡者氏名						被保険者 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 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 (被保険者の現住所と異なる 場合に記入。入院・入所中 の場合は実施場所に○)		〒 ー										施設名等						退院・退所 の予定日		月 日 ・ 未定		

主治医	氏 名						医療機関名					
	医療機関 所 在 地		〒 ー 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	
-------	--

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、主治医意見書、枕崎市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、枕崎市から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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合も含む。)ことに同意します。

本人氏名

(代筆)