

介護保険要介護認定変更申請書

大雪地区広域連合長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
提出代行者名称 申請者住所	<small>該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)</small> 〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号</div>	

※ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号																						
	医療保険者名											保険者番号																						
	医療被保険者証	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																						
	現在の要介護 状態区分等	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	年 月 日から					年 月 日																										
	変更申請 の理由																																	
	入所施設名称 及び所在地 (短期入所を除く)	入所施設名																																
所在地																																		

家族等連絡先	氏名 (続柄)	住 所
	()	電話番号

主治医	主治医の氏名	医療機関名	最 終 受 診 日		
	所在地	〒 _____			
	電話番号				

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居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、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 _____