

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

下仁田町長様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

介護保険 被保険者番号						個人番号							
被 保 険 者	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	〒 下仁田町大字								電話番号		
		前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 事業対象者										
			有効期間 年 月 日 から 年 月 日										
		変更の理由											
		過去6ヶ月間 の介護保険施 設・医療機関 等入院・入所 の有無	介護保険施設の名称等・所在地						期間	年 月 日～		年 月 日	
		有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地						期間	年 月 日～		年 月 日	

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）									
	住 所	〒									
		電話番号									

※介護予防・日常生活総合事業の申請の場合は、下記「主治医」欄は記入不要です。

主 治 医	主治医の氏名					医療機関名					
	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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護予防・日常生活総合事業、介護サービス計画等を作成するために必要があるときは、介護予防ケアマネジメント・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下仁田町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