介護保険要介護・要支援認定区分変更申請書

串本町長　あて

申請年月日　　　令和　　　年　　　月　　　日

次のとおり申請します。

医療保険

明・大・昭　 　年　　月　　日

生 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

医療機関名

 所　 在　 地

主治医の氏名

〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

住　所

その他

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名

有 効 期 限　　 年　　月　　日 から　　　年　 月　　日

要 介 護 状 態 区 分 １ ２ ３ ４ ５　　要支援状態　 １　２

有　・　無

変更申請の理由

前回の要介護認定の結果等

被

保

険

者

主 治 医

名　称

該当に〇（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）

有・無

住　　　所

〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

被保険者との関係 （　　）　　（携帯電話・勤務先・自宅）

提 出 代 行 者

認 定 調 査

期間　 年　　月　　日 ～　 年　　月　　日

医療機関等の名称等・所在地

期間　 年　　月　　日 ～ 　年　　月　　日

過去６月間の介護保険施設医療機関等入院入所の有無

調査時の家族等の　 　立会希望

認定調査日等の連絡先

（被保険者・右記）

14日以内に転入した場合のみ

介護保険施設の名称等・所在地

※要介護、要支援更新認定のみ記入

氏　　　名

保険者番号

保 険 者 名

被保険者証

ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ

記号

番号

枝番

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ、特定疾病名を記入。

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、串本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