

# 介護保険要介護・要支援認定区分変更申請書

串本町長 様  
次のとおり申請します。

介護保険被保険者証の番号を記入して下さい

申請年月日 令和 4年 4月 1日

被	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	
	医療保険被保険者名	医療保険の情報を記入して下さい。		保険者番号
保	フリガナ	クシモト タロウ		個人番号が分からない場合は、役場が記入しますので、空欄でも構いません
	氏名	串本 太郎		生年月日 明・大・昭 15年 4月 1日
	住所	〒649-3503 串本町サンゴ台690番地5 電話番号 62-0562		
険	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 1 2
		有効期限	令和3年 4月 1日 から 令和4年 3月 31日	
者	変更申請の理由	入院による身体状態の悪化 ● 理由を具体的に記入してください。		
	過去6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	
		医療機関等の名称等・所在地	期間 3年12月1日 ~ 年 月 日	

最近半年間、入院や介護保険施設に入所している場合は、有に○をしてください。

認定調査	認定調査日等の連絡先 (被保険者・右記)	フリガナ 氏名	串本 花子	TEL 0735-62-6005
	調査時の家族等の立会希望	有 無	その他	被保険者との関係 (娘) (携帯電話・勤務先・自宅)

提出代行者	名称	該当に○ (地域包括支援センター)
	住所	〒

事前に電話で認定調査のご都合をお伺いします。被保険者本人以外の方に連絡が必要な場合は、氏名、ご関係、連絡先を記入してください。また、調査にご家族等の立会いを希望される場合は、「調査時の家族等の立会希望」欄の有に○をしてください。

主治医	主治医の氏名	古座 一郎	医療機関名	くしもと町立病院
	所在地	電話番号		

第二号被保険者 (40歳から

40歳から64歳の方のみ、特定疾病名を記入してください。

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員に併せて調査員に提出することになります。

介護認定を受ける方のお名前をご記入ください。

● 本人氏名 串本 太郎