

介護保険要介護認定・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。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 者	被保険者番号																			個人番号															
	フリガナ													生年月日	明・大・昭 年 月 日																				
	氏 名													性 別	男 ・ 女																				
	住 所	〒																																	
陰		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																					
		有効期限 年 月 日 から												年 月 日																					
者	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	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 年 月 日 ～ 年 月 日																			
	有 ・ 無																																		

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	T E L 被保険者との関係 () (携帯電話・勤務先・自宅)	
	調査時の家族等の 立会希望	有・無	その他	

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、介護医療院）
	住 所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
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、介護認定調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

介護保険要介護認定・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 元年 1 月 1 日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号																			
	フリガナ	クシモト タロウ										生年月日	明・大・昭 15 年 4 月 1 日									
	氏 名	串本 太郎										性 別										
	住 所	〒649-3510 串本町サンゴ台 690 番地 5										電話番号	62-0562									
	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										
	有効期限	平成 30 年 9 月 1 日 から										令和元年 8 月 3 1 日										
変更申請の 理由	入院による状態の悪化										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										介護保険被保険者証の裏面「要介護状態区分等」欄 「認定の有効期間」欄											
	医療機関等の名称等・所在地										期間 30 年 5 月 1 日 ~ 30 年 5 月 31 日											
	有 無																					

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	クシモト ハナコ 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	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。
	住 所	〒	

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	〒649-3510 串本町サンゴ台 691-7 電話番号 62-7111		

第二号被保険者 (40 歳から 64 歳の医療保険加入者) のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
特定疾病名	特定疾病により介護が必要となった 40 才 ~ 64 才の 2 号被保険者の方に記入していただく欄です。(65 歳以上の方は記入不要です。)

介護サービス計画の作成等介護認定を受ける方のお名前をご記入ください。

介護認定にかかる調査内容、介護認定調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、

本人氏名

串本 太郎