

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

長井市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日	
被 保 者	介護保険被保険者番号	個人番号		
	医療 保険	保険者名	保険者番号	
		被保険者証	記号	番号
	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		
	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
変更申請の理由	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等への 入院、入所の有無	有・ 無	入院・入所施設の名称		期間 年 月 日~ 年 月 日
				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・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 ※次回受診予定日()	

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

認定結果の送付先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 下記連絡先 <input type="checkbox"/> それ以外() ※ それ以外を選択した場合は住所・氏名・施設名等の記載をお願いします。
----------	---

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、主治医意見書、長井市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、長井市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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名

連 絡 先	氏名	本人との関係	住所 〒	電話番号
	希望調査日※特にない場合記入不要	現在受けているサービスの状況		調査時の連絡事項(電話の希望時間帯・立ち会いなど)
				受付
				事務入力
				意見書依頼
				調査依頼