

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 険 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	
				有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
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			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	☐ 本人 ☐ 下記連絡先 ☐ 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、及び主治医意見書を、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

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