

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

須賀川市長

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													
		被保険者等	記号											番号											枝番	
	フリガナ												生年月日		年 月 日											
	氏 名												性 別		男 ・ 女											
	住 所		〒										電話番号													
	現在の要介護 状態区分等		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 から 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 等入所入院の 有無		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日											
		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日												
		医療機関の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日												
有 ・ 無		医療機関の名称等・所在地										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2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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、及び主治医意見書及び介護保険事業の適切な運営のため必要と認める情報を、須賀川市から地域包括支援センター、居宅介護支援業者、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及び病院等に提示することに同意します。

本人氏名 _____