

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

神流町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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					枝番									
	フリガナ										生年月日					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 令和 年 月 日から令和 年 月 日										
	過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等への入所、入院の有無										名称					令和 年 月 日～					
											所在地					令和 年 月 日					
名称											令和 年 月 日～										
所在地											令和 年 月 日										
有・無										名称					令和 年 月 日～						
										所在地					令和 年 月 日						

(代 申 請 者)	氏名 (又は名称)										本人との関係								
	住所 (又は所在地)										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

特定疾病名	
-------	--

認 定 調 査	認定調査 立会予定者										氏名					本人との関係				
											住所					電話番号				
	認定調査場所 自宅 ・ 自宅以外 (介護保険施設もしくは病院)																			
	※自宅以外の場合のみ記入 認定調査の名称及び所在地										名称					所在地				
											電話番号									
認定調査希望日時										曜日：月・火・水・木・金 時間帯：午前・午後 その他希望 ()										

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、神流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 _____