

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

東白川村長 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											
	氏名											性別											
	住所											電話番号											
保 険	前回の要 介護認定 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											
險 者	変更申請 の理由																						
	過去6月 間の介護 保険施設 医療機関	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									
	入院、入 所の有無	医療機関等の名称等 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																							

申請者氏名											本人との 関係											電話番号										
提出代行者 名称	<small>↓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)</small>																															
申請者・代行者 住所	〒										被保険者証 送付先	被保険者・申請者																				

主 治 医	氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

第二号被保険者（40歳～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・要支援認定に係る調査内容、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、東白川村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.....

認定調査に関する 主な連絡先	氏名											本人との関係										
	電話番号											携帯電話										

※申請の際には、必ず介護保険被保険者証を添付して、ご提出ください。