

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

海南市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 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(介護予防)支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・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) 印									
	住 所	〒 電話番号									

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0								個人番号								
	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	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日									
	変更申請の理由																			
	過去6ヶ月間の医療機関等入院・介護保険施設入所(短期入所含む)の有無	名 称・所在地										期間		年	月	日	～	年	月	日
有 ・ 無	名 称・所在地										期間		年	月	日	～	年	月	日	
	名 称・所在地										期間		年	月	日	～	年	月	日	

主 治 医	主治医氏名		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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、及び主治医意見書を、海南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

調査日程 連絡先	氏名(フリガナ)	本人との続柄
	住所 〒	電話番号

備 考