

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

吉野川市長 様 次のとおり申請します。

										個人番号												
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										申請年月日		令和 年 月 日									
	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		明・大・昭 年 月 日									
	氏 名										性 別		男 ・ 女									
	住 所										〒 - 吉野川市		番地									
	認定調査の連絡先										電話番号 () -		氏名									
	結果通知の送付先										住所地・入所施設・住所地以外(下へ記入)											
											〒 -										氏名	
	現在の要介護 認定区分等										要介護 1 2 3 4 5					要支援 1 2						
											有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 令和 令和											
	変更申請の理由																					
施設・医療機関・グループホーム等への入所等(予定含む)										有・無		所在地 名 称				期 間(予定含む) 年 月 日から 年 月 日まで						
調査時の同席										要・不要		同席者氏名										
調査の不都合日										有・無		不都合日										
調査前に伝えておきたい事項等																						

(代 理 申 請 者)	名 称(氏 名)										(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・指定介護医療型医療施設・介護医療院)									
	主 所										担当ケアマネージャー氏名 ()									
										〒 -										
										電話番号 () -										

今回の意見書作成について、主治医に同意を得ていますか？

主 治 医	主治医の氏名										医療機関名									
	所 在 地										〒 -		電話番号 () -							

【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		※ 医療保険被保険者証の写しを添付して下さい。
-------	--	-------------------------

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、本市から居宅介護(介護予防)支援事業者地域密着型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開示することに同意します。

本人署名 _____

代理人署名 _____ (続柄 _____)