

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

日光市長様

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									
		被保険者証	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																	
	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 有効期限 令和 年 月 日 から 令和 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 入院・入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地 〒										期間 年 月 日 ~ 年 月 日							
			介護保険施設等の名称等・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		医療機関等の名称等・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・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・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																		
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス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日光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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員その他市長が適当と認めるものに提示することに同意します。

裏面もご記入ください➡

(本人氏名)					(代筆者名)					(本人との関係)				
※市記入欄					連絡先(電話番号)									
受付	保険料納付状況	被保険者証	入力	意見書	認定調査	<input checked="" type="checkbox"/> 区分変更 備考								
	滞納 有・無	有・無	済	済										

[illegible]