

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

次のとおり申請します。

申請年月日

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 記号・番号	記号						番号						枝番																	
	フリガナ												生年月日																			
	氏名												性別																			
	住所												電話番号																			
	前回の要介護 認定の結果等												有効期限										から									
	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										～									
			介護保険施設等の名称等・所在地										期間										～									
医療機関等の名称等・所在地										期間										～												
医療機関等の名称等・所在地										期間										～												
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、高野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

介護保険利用申請にあたって

ご本人の状態を確認するため、調査員が訪問調査にお伺いします。申請に先立って、次の事項をお聞かせ下さい。

また、主治医意見書作成にあたり、医療機関よりご本人の受診や家族等の同行受診を求められることがあります。

[illegible]

対象者（本人）以外に認定結果通知（介護保険被保険者証）郵送先の希望がある場合は記入ください。

氏名		電話番号		
郵送先住所	〒			続柄