

介護保険 要介護変更認定 申請書

(あて先) 周 南 市 長
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		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	〒 _____ ☎ _____			
	現在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			
	変更理由				
	※ 現在介護保険施設・医療機関等入所（院）中のかたはご記入下さい。				
	施設名		入所（院）期間 年 月 日～ 年 月 日		
所在地	〒 _____ ☎ _____				

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 _____ ☎ _____		
	受診(予定)日	年 月 日 ※概ね1ヶ月以内の受診又は受診予定日をご記入下さい		

提 出 代 行 者	名称	該当に〇をつけて下さい(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) 事業所の印 (担当介護支援専門員名: _____)
	住所	〒 _____ ☎ _____

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(健康保険証コピーを添付してください)

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画また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、認定結果及び主治医意見書を、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に提示することを同意します。

又、主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事した調査員に、認定結果を提示することに同意します。

(本人署名が無理な場合)

本人署名 _____ 代理人署名 _____ 続柄 _____

訪 問 調 査	連絡先氏名	立会人氏名
	続柄 () ☎	続柄 () ☎
	都合の悪い時間帯に×をつけてください	月曜日午前 火曜日午前 水曜日午前 木曜日午前 金曜日午前 月曜日午後 火曜日午後 水曜日午後 木曜日午後 金曜日午後

※ 裏面の「介護保険主治医意見書用問診票」にご協力ください。介護保険主治医意見書を医師に依頼する際、写しを同封いたします。

