

## 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

砥部町長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険被保険者番号				個人番号																					
フリガナ				生年 月日		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年		西暦		年		月		日									
氏名		氏		名		性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																	
住所				〒				電話番号																	
				<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県				<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村																	
医療 保 険	保険者名			保険者番号																					
	被保険者証		記号		番号		枝番																		
前回の要介護 認定の結果等		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5																							
		有効期限		開始		令和		年		月		日		～		終了		令和		年		月		日	
被 保 険 者	変更申請の理由																								
	過去6か月間の 介護保険施設、 医療機関等へ の入院、入所の 有無		介護保険 施設等の 名称		所在地																				
			期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日				
	□有  □無		介護保険 施設等の 名称		所在地																				
			期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日				
	□有  □無		医療機関 等の名称		所在地																				
			期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日				
	□有  □無		医療機関 等の名称		所在地																				
期間			令和		年		月		日		～		令和		年		月		日						
提 出 代 行 者	名称			種別		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設				<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院															
	住所				〒				電話番号																
				<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県				<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村																	

※裏面にも必要事項を記入してください

主治医	主治医の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>					医療機関名				
	住所	〒	.....	-	.....	電話番号		-	-	
				<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 県			<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町	<input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 村	

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の介護保険事業の適正な運営のため必要であるときは、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、及び主治医意見書は砥部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も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 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_