

被保険者証（オレンジ色）を添付のうえ申請して下さい

受付印

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

美咲町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	6 6	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																
保 険 者	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日											
	氏名				性別	男	・	女												
險 者	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			年	月	日から	年	月	日										
者	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	介護保険施設や医療機関の名称等・所在地						期間			年	月	日から	年	月	日まで				
提 出 代 行 者	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・指定介護療養型医療施設、介護医療院） 名称または氏名 ※家族や代理人が提出代行される際もご記入ください。																			
	〔 〕 続柄〔 〕																			
主 治 医	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、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または写しを交付することに同意します。

本人氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄: _____)

結果送付先	<input checked="" type="checkbox"/> チェックをご記入ください
※必ずご記入 ください	<input type="checkbox"/> 本人
	<input type="checkbox"/> 提出代行者（※居宅介護支援事業所へは送付できません。）
	<input type="checkbox"/> その他 〒

↓うら面もご記入ください

こちらの面もご記入ください

訪問調査について

日程調整の連絡先	フリガナ 氏 名
	電話番号
	続 柄
立 会 い の 有 無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
訪 問 先	<input type="checkbox"/> 被保険者自宅 <input type="checkbox"/> その他（訪問先： _____ ）
連 絡 事 項	※デイサービスや通院のため不在の日があればご記入ください。 ※入院中の場合は退院予定日が分かればご記入ください。