

介護保険 要介護認定変更申請書

豊 明 市 長 殿

|             |                                                            |           |       |
|-------------|------------------------------------------------------------|-----------|-------|
| 次のとおり申請します。 |                                                            | 申 請 年 月 日 | 年 月 日 |
| 申 請 者 氏 名   |                                                            | 本人との関係    |       |
| 申 請 者 住 所   | 〒<br>電話番号 ( )                                              |           |       |
| 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・指定介護療養型医療施設) |           |       |

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|                  |                                 |                 |                 |  |         |   |   |   |   |         |  |    |              |              |         |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|--|---------|---|---|---|---|---------|--|----|--------------|--------------|---------|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号                  |                 |                 |  |         |   |   |   |   |         |  |    | 個人番号         |              |         |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                  | 医<br>療<br>保<br>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                             |                 | 〒<br>電話番号 ( )   |  |         |   |   |   |   |         |  |    |              |              |         |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                  | 前回の要介護<br>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            |  | 年 月 日から |   |   |   |   |         |  |    |              |              | 年 月 日まで |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                  | 変更申請の理由                         |                 |                 |  |         |   |   |   |   |         |  |    |              |              |         |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                  | 過去 6 月間の介護保険施設、医療機関等への入院又は入所の有無 |                 | 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 |              |         |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 主 治 医            |                                 | 氏 名             | ( 科)            |  |         |   |   |   |   |         |  |    | 医療機関名        |              |         |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                  |                                 | 所 在 地           | 〒<br>電話番号 ( )   |  |         |   |   |   |   |         |  |    |              |              |         |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |

\*2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

|       |  |
|-------|--|
| 特定疾病名 |  |
|-------|--|

同意書

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、豊明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

|     |       |       |     |      |
|-----|-------|-------|-----|------|
| 受付者 | 申請書入力 | 意見書依頼 | 証回収 | 資格者証 |
|     |       |       | 有・無 |      |