

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

南国市長 様
次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号										個 人 番 号										
	医 療 保 険	保 険 者 名									記 号 番 号										
	フリガナ											性 別	男 ・ 女								
	氏 名											生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (才)								
	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 入 所 入 院 の 有 無 ※有の場合、下記に名称等を記載してください。											有 ・ 無									
	介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 の 名 称 等 ・ 所 在 地											期 間	年 月 日 ～ 年 月 日								
										期 間	年 月 日 ～ 年 月 日										

提 出 代 行 者 等	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・介護医療院)																		
	氏 名	(本人との関係)																		
	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 医療保険証の写しを必ず添付してください

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、南国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 代筆者（親族のみ可） 続柄

調査時の立会希望	立会予定者名（本人との関係）	連絡先 (平日8：30～17：15に日程調整のために連絡をします)
有 ・ 無	()	
その他連絡事項		