

介護保険（要介護認定・要支援認定）区分変更申請書

岩見沢市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏名											電話番号										
	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										
	変更申請の理由	有効期間										年 月 日から 年 月 日										
者	病院や施設に入院・入所中の場合に記入してください（短期入所を除く）	病院・施設名											介護保険適用 (はい・いいえ)									
	所在地・電話番号	〒											電話番号									
	入院・入所年月日	年 月 日										退院・退所予定	月 日・未定・無									

申 請 者	氏名											被保険者との関係										
	住所	〒											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)																				

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒											電話番号									
	受診状況	最終受診日	年 月 日										次回受診予定	月 日・未定								

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(必須)

医療保険者名											医療保険者番号											記号番号										
取得日	昭・平・令 年 月 日										特定疾病名																					

連絡事項

認 定 調 査	立会の希望の有無	有・無										立会人の氏名											被保険者との関係										
	調査日時 連絡先	・本人 ・立会人 ・その他()										希望曜日・日時等 ※平日の9時～16時を原則とします。																					
現在利用しているサービス ※曜日も記載																																	
その他																																	

下記内容をお確かめの上、署名をお願いします。

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・主治医に提示することに同意します。

本人氏名