

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

阿蘇市長 様

次のとおり申請します。

| | |
|-------|----------|
| 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | 印 本人との関係 |

| | | |
|-------------|--|---|
| 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・介護医療院) | 印 |
| 申請者住所 | 〒 電話番号 | |

| | | | | |
|------------------|---|--|---------------------------------|-------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| | 住所 | 〒 電話番号 | | |
| | 現在の要介護 状態区分等 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日から 年 月 日 | | |
| | 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 | 有 | 施設名称等 期間 年 月 日～ 年 月 日 所在地 | |
| | 無 | | | |

| | | | | |
|-------|--------|-----------|-------|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 電話番号 | | |

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

| | | | |
|--------|--|--------------|--|
| 医療保険者名 | | 医療保険被保険者記号番号 | |
| 特定疾病名 | | | |

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、阿蘇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 印 代筆者氏名： 印 本人との続柄

※ 本人氏名を代筆した場合は、住所：
右記に記入してください。 代筆理由：

