

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

あきる野市長 様

次のとおり申請します。

◎ 介護保険被保険者証を添付してください。(40歳から64歳の新規申請者を除く)

被 保 者	申請日				令和 年 月 日				
	被保険者番号				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	
	フリガナ				生年月日		明・大・昭 年 月 日		
	氏 名				性 別		男 ・ 女		
	住 所				〒 電話番号 ( )				
	前回の要介護認定の結果等		要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2		
	変更申請理由				有効期限 年 月 日 から 年 月 日				
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入所・入院の有・無(短期入所を除く)		有・無		名称		期間 年 月 日～ 年 月 日		
				所在地		現在入院中・退院予定有 年 月 日			

主 治 医	医療機関名		主治医	
	診療科目名		直近の受診日 令和 年 月 日	
	所在地		〒 電話番号 ( )	

提出 代 行 者	名称		※該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)	
	住所		〒 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、あきる野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。また、認定結果が非該当・要支援1・要支援2のときは、あきる野市から地域包括支援センターに結果を伝えることに同意します。

本人氏名 (代筆者氏名)

◎ 認定調査に立ち会いされる方の連絡先を記入してください。

住所

氏名

電話

本人との関係

事務局 使用 欄	受付者	案 内	保険証	申 請	意見書	認定調査	備 考
		① ②+意見書	回 収 未回収	入 力	入 力	入 力	