

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

安芸高田市長 様

次のとおり申請します。

				申請年月日	年 月 日		
介護保険被保険者番号				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			
※第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）の方は、該当する特定疾病名をご記入ください				該当する特定疾病名			
申請者 (被保険者)	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 () -			
(現在、上記住所以外にいる場合、記入)	① <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所している (地域密着型介護老人福祉施設を含む)	施設・病院等の名称(病室等)		() 階			
	② <input type="checkbox"/> 医療機関へ入院している ③ <input type="checkbox"/> その他施設へ入所している ④ <input type="checkbox"/> その他(家族宅に滞在している等)	左記の住所及び電話番号		電話番号 () -			
		年 月 日から (入院・入所・今後)		月 日頃自宅に戻る予定			
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	非該当	要支援 (1・2)	要介護 (1・2・3・4・5)			
	有効期間	年 月 日	から	年 月 日			

変更申請の理由	
---------	--

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 本人						
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人の氏名	本人との関係 ()				
		住所	〒 - 電話番号 () -				
	委任状(代理人が、家族以外の場合、必)	上記の者がこの要介護等認定・要介護等更新認定申請書を提出することについて委任します。					
<input type="checkbox"/> 提出代行	被保険者住所	※ 代筆の場合 本人との関係 ()					
	氏名	印	代筆者氏名				
	該当に○ (地域包括支援センター・指定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・介護医療院) 事業所名称・所在地						
	訪問調査受託の可否(居宅介護支援事業所・介護保険施設のみ) (可・否)						

主治医 (意見書の記載を依頼する医師)	医師名	〒 -		医療機関名		
	所在地	〒 -		電話番号 () -		

認定調査時等の連絡先・同席についてご記入ください。

連絡先	氏名	(認定を受ける人との関係)		調査時の同席
	住所	〒 -	電話番号 () -	希望する ・ 希望しない

介護サービス計画又は介護予防サービス(介護予防ケアマネジメント)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、安芸高田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、地域密着型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に提示することに同意します。

本人氏名

※ 添付書類 介護保険被保険者証(紛失された場合は、介護保険被保険者証等再交付申請書を添付してください)

※ 安芸高田市記入欄 システム入力 被保険者証返還 医療保険確認 2号資格