

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

受付印

健康保険証に記載されている内容

被保険者証に記載されている番号

葛城市長様

とおりに申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	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	○○○								
	フリガナ		カツラキ タロウ										生年月日		明・大・昭 ○年 ○月 ○日										
	氏名		葛城太郎										生年月日		明・大・昭 ○年 ○月 ○日										
	住所		〒○○○-○○○ 葛城市○○ ○○○番地										電話番号		○○○-○○-○○○										
	前回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					有効期限		○○年 ○月 ○日から ○○年 ○月 ○日										
	変更申請の理由		☆必須項目																						
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日 ~ 年 月 日										
	有		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日 ~ 年 月 日										
無		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日 ~ 年 月 日											
有		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日 ~ 年 月 日											

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・介護医療院）																			
	住所	〒 ☆必須項目。主治医、医療機関の省略はできません																			
		担当：										電話番号									

主治 医	主治医の氏名	○○ ○○										医療機関名		○○○○医院									
	所在地	〒○○○-○○○ 葛城市○○ ○○○番地										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）

特定疾病名	代筆の場合は、下に代筆者の名前も記入																	
-------	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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... 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葛城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 ○○ ○○
(代筆者名)