

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先) 栃木市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 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				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		要支援状態区分 1 2		要介護状態区分 1 2 3 4 5					
			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		介護保険施設の名称等		所 在 地		期 間		～	
医療機関等の名称等			所 在 地		期 間		～			
有 ・ 無										

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ (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)	
	住 所	電 話 番 号	

主 治 医	主治医の氏名	医 療 機 関 名	
	所 在 地	電 話 番 号	

2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、介護保険施設等の関係人、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

*家族構成(独居・同居) *調査立会者の連絡先【〒住所・氏名(続柄)・電話番号】