

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			
申請者 (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		
	※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			
	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 室)			
		② <input type="checkbox"/> 医療機関へ入院している	左記の住所及び電話番号		電話番号 () -			
		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)	年 月 日から (入院・入所・滞在) 中		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、必要です)	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。					
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			
<input type="checkbox"/> 提出代行	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・指定介護療養型医療施設) 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