

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

丸亀市長 宛

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号											
	医療保険	医療保険者名											記号番号										
	フリガナ											生年月日	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																						
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等へ の入院入所の 有無	介護保険施設の名称										期間 年 月 日～ 年 月 日											
		介護保険施設の名称										期間 年 月 日～ 年 月 日											
医療機関等の名称										期間 年 月 日～ 年 月 日													
有 ・ 無										医療機関等の名称													
主治医	医療機関等の名称										主治医氏名												

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・指定介護療養型医療施設、介護医療院）																	
	住 所	〒																	
		電話番号 — —																	

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）は、特定疾病名を記入し、医療保険被保険者証を提出してください。

特定疾病名																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス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、丸亀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又は認定調査に従事した調査員（委託を含む）に提示することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

続
柄

※太枠の記入および同意にご注意ください。