介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 白子町長　様 | | | | | | | | | | | | | | ※太枠内を記入して下さい。  ※申請者が被保険者本人の場合、申請者欄は記載不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 申　請　者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 提出代行者 | 名称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護（介護予防）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）  印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　　　保　　　険　　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | 個人番号 | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 性別 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護認定の結果等 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | 期間 | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称等 | | | | | | | | | | | | | | | 期間 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 有・無 | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主　治　医 | 主　 治 　医氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 医　療機関名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  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）のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険者 | |  | | | | | | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 特定疾病名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　私は、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、白子町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、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。

　　併せて、主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護・要支援認定結果情報を提示することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名