

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先)松江市長 申請年月日 令和 年 月 日
 次のとおり申請します。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号		個人番号		
	医療保険情報 <input type="checkbox"/> 島根県国民健康保険 <input type="checkbox"/> 島根県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入(生活保護受給者等)				
	※該当するものに必ず☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> その他 { 保険者名: _____ 保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____ 枝番: _____ }				
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		年齢	性別	男・女
	住所 <small>(住民票登録地)</small>		〒 _____ 電話番号 _____ 日中連絡がとれる電話番号 _____		
	現在の居所が住所と異なる場合		〒 _____ 電話番号 _____		
	変更申請の理由				
	前回の要介護認定の結果等 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>		要介護状態区分 (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 まで		
過去6月間～現在の介護保険施設、医療機関等入所・入院の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地		期間	_____年 月 日 から
		介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地		期間	_____年 月 日 から

主治医	主治医の氏名	医療機関名	_____
	所在地 <small>(市外のみ)</small>	直近の受診日	_____年 月 日
		電話番号	_____

申請者が被保険者本人の場合には、次の欄の記入は不要です

提出者	氏名 または 事業者名称	代 行 事 業 者 チ ェ ッ ク 欄	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
	本人との関係 (担当者名: _____)		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者
	住所 または 所在地 〒 _____ 電話番号 _____		<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)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松江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か。

同意する 同意しない

※署名は自筆でご記入ください。

(代筆の場合、本人が記入できない場合は代筆者が本人氏名も記入)

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____

本人との関係 _____