

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

藤枝市長 様
次のとおり申請します。

申請理由	1 区分変更	2 支援新規	申請年月日	年	月	日
申請者氏名 <small>(窓口に来られた方の氏名)</small>				被保険者との関係		
申請者住所				電話番号() -		
提出代行者 名称	<small>該当に○をつけてください</small> 1 地域包括支援センター 4 介護老人保健施設 2 居宅介護支援事業者 5 指定介護療養型医療施設 3 指定介護老人福祉施設 6 介護医療院		提出代行業者名称			

被 保 険 者	被保険者番号					個人番号				
	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名					性別	男 ・ 女			
	住所	藤枝市 <small>(マンション名・室番号等)</small>				電話番号() -				
	入院・入所施設名 <small>(短期入所を除く)</small>					入院・入所年月日	年	月	日	～
	前回の要介護 認定等の結果	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2
		有効期間	年			月	日	～	年	月
変更申請の理由										

主 治 医	医療機関名					最終診察月	年	月	
	医師名			診療科			主治医・指定医の別	主・指	
	所在地			電話番号					
※ 第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。(医療保険証の提示をお願いします。)									
	医療保険者名					記号番号			
	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藤枝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又は介護保険施設関係人に提供することに同意します。
 介護予防給付対象者と認定された場合は地域包括支援センター・主治医意見書を記載した医師に判定結果を提供すること及び有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができる場合は、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名(署名)

代筆者

認 定 調 査	訪問 調査先	・自宅 (左記以外の調査先の方はご記入ください) ・病院 住所 ・施設								
	立ち会い	有 ・ 無	フリガナ				電話番号	自宅・職場	()	-
			氏名				電話番号	携帯	()	-
被保険者との関係	調査可能な曜日等									

被保険者証回収	済・未
資格者証交付	済・未
問診表回収	有・無
交通事故	有・無

受付	入力	納付

調 査	日程	月	日()	時	分
	調査員				