

介護保険 要介護認定・要支援認定変更申請書

秩父市長 様

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	
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・介護医療院)		
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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								
	フリガナ											生年月日	年 月 日										
	氏名											性別	男・女										
	住所	〒 _____										電話番号											
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					有効期間 年 月 日 から 年 月 日											
	変更申請の理由 (状態が変更になった日、症状、状況などの原因を詳しく記入してください。)																						
	介護保険施設医療機関等入院入所の有無 (短期入所を除く。)	有	入院入所施設名 所在地																				
		無																					

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒 _____										電話番号										

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、秩父市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を秩父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、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)をすることに同意します。

本人氏名

調査連絡先	本人との関係	1. 本人 2. 同居家族 () 3. その他 ()
	調査立会者 有・無	TEL () 携帯
	フリガナ 氏 名	
	備 考	※都合の良い時間帯や連絡時の注意事項を記入してください。

※申請時、介護保険被保険者証がお手元にはない方は、下記にご記入ください。

<p>介護保険被保険者証を 1、紛失・焼失 2、破損・汚損 3、その他 () したため、届出ます。</p> <p>署 名 _____</p>
