

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

清須市長 様

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	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					有効期限 年 月 日 から 年 月 日											
	介護保険施設入 所の有無 (短期入所を除く。)		有	入所施設名										所在地										
				無																				

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名			被保険者 との関係	
提出代行者 名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)			
申請者又は 提出代行者 住所	〒		電話番号	

主治医	主治医の氏名			医療機関名	
	所在地	〒			

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

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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、清須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。

本人署名 _____ 代筆者署名 _____

注意：被保険者本人が署名してください。困難なときは本人の同意を得たうえ、家族等が署名してください。