

## 介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

川棚町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

平成

年

月

日

|             |  |         |  |
|-------------|--|---------|--|
| 提出者氏名       |  | 申請者との関係 |  |
| 提出代行者<br>名称 | 該当に○（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・指定介護療養型医療施設）<br>印 |         |  |
| 提出者住所       | 〒<br>電話番号  |         |  |

|                                       |                                   |               |   |        |   |           |         |      |       |   |   |   |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------|---|--------|---|-----------|---------|------|-------|---|---|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>申<br>請<br>者） | 被保険者番号                            | 3             | 2 | 2      | 0 | 0         |         |      |       |   |   |   |  |
|                                       | フリガナ<br>氏名                        | -----         |   |        |   |           |         | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |  |
|                                       | 住所                                | 〒<br>川棚町      |   |        |   |           |         | 電話番号 |       |   |   |   |  |
|                                       | 現在の要介護<br>認定区分                    | 要介護 1 2 3 4 5 |   |        |   |           | 要支援 1 2 |      |       |   |   |   |  |
|                                       | 変更申請の理由                           |               |   |        |   |           |         |      |       |   |   |   |  |
|                                       | 介護保険施設<br>医療機関等へ<br>の入所、入院<br>の有無 | 有・無           |   | 入所（院）日 |   | 平成 年 月 日～ |         |      |       |   |   |   |  |
|                                       |                                   |               |   | 施設等の名称 |   |           |         |      |       |   |   |   |  |

|       |        |   |  |  |  |       |  |  |
|-------|--------|---|--|--|--|-------|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |   |  |  |  | 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

|        |  |  |               |  |  |
|--------|--|--|---------------|--|--|
| 医療保険者名 |  |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |  |
| 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、川棚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、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。また、主治医から要望があった場合には審査判定結果（介護度及び認定期間）を川棚町から主治医へ通知することに併せて同意します。

本人氏名

※ 添付書類：介護保険被保険者証／介護認定申請受付カード