

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

開成町長 様
次のとおり申請します。

記入例

被 保 者	被保険者番号	カ イ セ イ タ ロ ウ	申請年月日	平成 年 月 日 記入しないでください。
	フリガナ	カ イ セ イ タ ロ ウ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名	開 成 太 郎	性 別	男 ・ 女
	住 所	〒258- 開成町 -	電 話 番 号	-
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護	要支援状態区分 1 2		
	有効期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日	
変更申請の理由	のため			
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~	年 月 日
	短期入所を除く 在 地	期間	年 月 日 ~	年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地 病院	期間	年 月 日 ~	年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~	年 月 日

家族の申請の場合、印は不要です。

家族が申請される場合、こちらにご記入ください。		(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・指定介護医療施設)	
提出代行者	開 成 次 郎	印	
住 所	〒258- 開成町 -	電 話 番 号	-

主 治 医	主治医の氏名	山 田 太 郎	医療機関名	開成医院
	所 在 地	〒258- 開成町	電 話 番 号	-

第二号被保険者（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			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、開成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。

本人氏名 開 成 太 郎

* 代筆の場合、代筆者氏名を記入してください。 開 成 次 郎