

受付印

介護保険要介護認定変更申請書

安芸太田町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|-------------|----------------------------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | | |
| | 医療 保険 | 保険者名 | 被保険者番号 | | |
| | | 被保険者証 | 番号 | 枝番 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明大昭 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| | 住所 | | 〒 山県郡安芸太田町大字 | | |
| | | | 電話 | | |
| | 前回の要介護認定等の結果等 | | 要介護状態区分 | 1 2 3 4 5 | 経過的要介護 |
| | ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | | 有効期間 | 令和 年 月 日 から | 令和 年 月 日 まで |
| | 過去6ヶ月間の介護保健施設・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 日から 年 月 日まで |
| 有 ・ 無 | | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |

| | | | | |
|-------------------|----|--|--|--|
| 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・指定介護療養型医療施設) | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | | 電話 | | |

| | | | |
|---------|--------|-------|--|
| 主治 医 | 主治医の氏名 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 | |
| | | 電話 | |

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

| | |
|-------|--|
| 特定疾病名 | |
|-------|--|

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成する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安芸太田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又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。

本人氏名を代筆者が署名し

本人氏名

| | |
|-------|-----|
| 代筆者氏名 | 連絡先 |
| 住所 | |