

介護保険要介護状態区分変更申請書

富良野市長 様
 次のとおり申請します。

個 人 番 号																			
被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0							申請年月日	令和	年	月	日			
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	氏名											性別	男	・	女				
	住所	〒										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	要支援状態区分		1	2				
		有効期間					年	月	日	から	年	月	日						
	過去6カ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									
介護保険施設の名称等・所在地										期間									
										年 月 日～年 月 日									
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地										期間								
											年 月 日～年 月 日								

申 請 者	氏名											本人との関係				
	住所	〒										電話番号				
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）															
印																

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名				
	所在地	〒										電話番号				

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富良野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。

本人氏名 _____ （代理） _____

*受付・調査員記入欄

受付担当者		調査担当者	
申請理由 受付内容	・更新申請		
	(サービスの利用希望等)		
入院・入所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院又は入所中 () 医療・介護		
申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
認定結果通知 送付先 (被保険者住所と異なる 場合に記入)	住所	〒 - 電話 () -	
	氏名		
その他 問題点等			

*介護保険係記入欄

調査票 渡し済確認	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 市調査員 <input type="checkbox"/> 郵送 ()
意見書 依頼済確認	令和 年 月 日	