

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

富良野市長 様

次のとおり申請します。

		個人番号																			
介護保険 被保険者番号		0	0	0	0	申請年月日		令和		年		月		日							
医療 保険	保険者名					保険者番号															
	被保険者証	記号				番号				枝番											
被 保 者	フリガナ					生年月日		大・昭		年		月		日							
	氏名					性別		男		・		女									
住 所	〒																				
														電話番号							
変更申請の理由																					
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	
	医療機関等の名称等・所在地					期間		年		月		日		～		年		月		日	
	有・無					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・介護医療院）										

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

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）
