

介護保険 要介護認定・要支援認定区分 変更申請書

記入例

清川村長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 者	被保険者番号	△ △ △	個人番号		
	フリガナ	キヨカワ タロウ		生年月日	明・大・ 昭 △ 年 △ 月 △ 日
	氏名	清川 太郎		性別	男 ・ 女
	住所	〒243-0112 清川村煤ヶ谷△△△ 電話番号 △△△-△△△-△△△△			
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	要支援状態区分	1・2	経過的要介護	要介護状態区分 1 2・3・4・5	
	有効期間	平成 △△ 年 △ 月 △ 日 から 平成 △△ 年 △ 月 △△ 日			
	変更申請の理由	転倒により身体機能が低下したため			
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			
	医療機関等の名称等・所在地	期間 △△年△月△日～ △△年△月△日			
	有 ・ 無	〇〇市立病院			

申 請 者	氏名	清川 花子	続柄	妻	調査の立会い	可 ・ 否
	住所	〒243-0112 清川村煤ヶ谷△△△ 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				
	住所	〒 電話番号				

主 治 医	主治医の氏名	神奈川 一郎	医療機関名	〇〇市立病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町1-2-3 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

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、清川村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 清川 太郎 代筆者氏名 清川 花子 (続柄) 妻

介護保険サービス利用日 日・月・火 水 ・ 木・金・土