

介護保険 [要介護状態 ・ 要支援状態] 区分変更申請書

香南市長 様
次のとおり申請します。

申請者氏名	申請年月日	年	月	日
	本人との関係			
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・介護医療院)			
※ 申請者住所	〒	電話番号	携帯番号	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号						個人番号					
	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	携帯番号								
	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					
	変更申請の理由											
	介護保険施設・ 医療機関等入院 所の有無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地					期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
有・無	電話番号											

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

医療保険者			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
(代筆者氏名)

印

手続きを円滑にするために、以下の欄の記入をお願いします。

調査場所	1. 自宅（住民票の住所地、施設等除く） 2. 病院・施設〔名称： 電話： 〕 3. その他〔住所： 宅〕
調査日の希望 ※調査は9：00から 16：00までに開始 土日は応相談	1. なし 2. 曜日： (通院・サービス利用等の不在日)
調査立会者	1. なし 2. 申請者 3. その他〔氏名： 〕本人との関係〔 〕 日中の電話番号 () - 連絡可能時間帯 : ~ :
生活状況	1. 独居 2. 同居 (2は家族構成〔 〕)
本人の状況	認知(有・無) 難聴(有・無) 主な疾病名〔 〕 ※入院中の場合 急性期(である・ではない)
主治医医療機関への 受診日 ※在宅の方のみ記入	前回 年 月 日 次回予定日 年 月 日
その他留意すべき事項	

市 確 認 欄	番号 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(身元確認不要) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号有) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル <input type="checkbox"/> その他()	身元 確 認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()		
	代理 権 確 認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険帳簿(居宅サービス計画届出済) <input type="checkbox"/> その他()	受 付 者	2点 以 上	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()	記 載 者 個 人 番 号