

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

猪苗代町長

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号																	申請年月日	年	月	日	
	個人番号																		生年月日	年	月	日
	フリガナ 氏名															性別						
	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						
		有効期限														年	月	日	から	年	月	日
	変更申請の 理由																					
	過去6ヶ月間 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								
医療機関等の名称等・所在地														期間: 年 月 日 ~ 年 月 日								

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・指定介護老人保健施設・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																				

介護サービス計画また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、および主治医意見書を、猪苗代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もしくは介護保険施設の関係者、主治医意見書を記載した医師また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。

本人署名

認 定 調 査 立 会 者	氏名(続柄)	()													
	連絡先	(自宅・勤務先・携帯)													