

様式第6号

介護保険要介護・要支援（区分変更認定）申請書

可児市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	被保険者番号						個人番号					
	医 療 保 険	保険者名					保険者番号					
		被保険者 記号・番号	記号				番号			枝番		
	フリガナ 氏名						生年月日		年 月 日			
							性別		男 ・ 女			
住所		〒 — 電話 ( ) —										
申 請 者	氏名		本人との関係									
	住所		〒 — 電話 ( ) —									
施 設 入 所 者	介護保険施設、グループホーム、有料老人ホームの入院・入所の有無（短期入所を除く）		施設名									
			所在地		〒 — 電話 ( ) —							

現在の認定結果	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	現在の有効期間の満了日	年 月 末日
---------	--------------------------	-------------	--------

変更申請の理由	
---------	--

主 治 医	医療機関名				医師氏名			
	所在地		〒 — 電話 ( ) —					

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、主治医意見書、可児市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、可児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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人署名 \_\_\_\_\_ 代筆者署名 \_\_\_\_\_

注意：被保険者本人が署名してください。困難なときは本人の同意を得たうえ、家族等が署名してください。

※第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

提 出 代 行 者	名称	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								
	所在地	〒 — 電話 ( ) —								

