

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															
		被保険者証	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 ( ) —																				

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成等するために必要があるときは、本申請書、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書及び要介護・要支援認定等結果通知書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、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供することに同意します。

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。

※ 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）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 ( ) —																	

