

様式 5

介護保険 要介護認定区分変更申請書

(あて先) 葦崎市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 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	〒																				
	(自宅)電話番号											(連絡先)電話番号										
保 険 者	前回の要介護認定結果等 <small>(要介護・要支援更新認定の場合のみ記)</small>	要介護状態区分	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2											
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日																			
	変更申請の理由																					
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院所の有無	介護保険施設の名称・所在地											期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
	介護保険施設の名称・所在地											期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
	医療機関等の名称・所在地											期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
	医療機関等の名称・所在地											期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
	有 ・ 無																					

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(申請者・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)																				
	申請者氏名	印																				
	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																				

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、葦崎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

申請者氏名

日程調整 の連絡先	<input type="checkbox"/> 被保険者本人		
	<input type="checkbox"/> 立会者	氏名	
		連絡先	
		被保険者 との関係	(同居・別居)
	住所 (別居の場合)		

<特記事項>

※40～64歳の人(2号被保険者)は、上欄へ医療保険証の写しを貼付してください。

お持ちいただくもの

65歳以上の人	新規申請 更新・区分変更申請	介護保険被保険者証
40～64歳の人	新規申請	医療保険被保険者証の写し
	更新・区分変更申請	介護保険被保険者証 医療保険被保険者証の写し
前住所地で要介護認定を受 けた人が転入する場合	転入申請	前住所地の介護保険受給資格証明書 医療保険被保険者証の写し(40～64歳の人)

※市記入欄

1	個 ・ 免 ・ 介 ・ 障 ・ その他 ()
2	保 ・ 医 ・ 後 ・ 負 ・ 限 ・ 年 ・ その他 ()