介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

保険料	保険証

高島市長
次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　年　　　月　　　日

被保険者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0			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	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　　名				生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		
					性　　別	男 ・ 女	年　　齢	歳
	住　　所	〒 電話番号						
	前回の要介護認定の結果等	要介護態区分　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月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無 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			
		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			

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）
	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

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、介護認定調査会による判定結果・意見、および主治医意見書を、高島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も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。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【高島市・居宅介護支援事業者記入欄】

要介護認定調査員	
所属	氏名