

別記様式12 (第7条関係)

介護保険要介護状態・要支援状態区分変更申請書

劍淵町長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年	月	日
申請者	フリガナ				
	氏名	本人との関係			
	住所	電話番号			
提出代行者	名称	該当に○ (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) 印			
	住所	〒 電話番号			

被	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
保	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号		
険	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
	変更申請の理由	有効期間 年 月 日から 年 月 日まで		
者	介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く)	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日

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	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、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・意見及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者若しくは、介護保健施設の関係人、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 _____