

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  |   |   |   |
| 提出代行者 | 住所   | 電話番号  |   |   |   |
|       | 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・介護医療院) 印 |   |   |   |
|       | 住所   | 電話番号  |   |   |   |

|             |              |                                  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |               |                   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------------|----------------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|-------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>者 | 被保険者番号       |                                  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号          |                   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 医療<br>保<br>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                             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |               | 生年月日              | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |              | 氏名                               |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |               | 性別                | 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |              | 住所                               |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |               | 電話番号              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |              | 現在の要介護<br>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       |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |              |                                  | 有効期間              |  |  |  |  |  |  |  |  |               | 年 月 日 から 年 月 日 まで |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |              | 変更申請<br>の理由                      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |               |                   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |              | 介護保険施設<br>入所の有無<br>(短期入所を<br>除く) | 介護保険施設の名称等・所在地    |  |  |  |  |  |  |  |  |               | 期間                |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 有・無          | 医療機関等の名称等・所在地                    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間            |                   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |              | 年 月 日 ~ 年 月 日                    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  | 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

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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・要支援認定にかかわる調査内容、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劍淵町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 \_\_\_\_\_