

## 介護保険 要介護認定区分変更申請書

上里町長様  
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号											申請年月日	平成	年	月	日	
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名												性別	男 ・ 女			
	住所	〒															
	訪問調査連絡先 <small>* 住所外に連絡希望の場合のみ記入</small>	住所：												<small>* 平日の日中の電話先に限る ( 自宅 ・ 勤務先 )</small>			
		氏名：					続柄：					電話番号					
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分    1    2    3    4    5															
		認定の有効期間    平成    年    月    日 から 平成    年    月    日															
	変更申請の理由																
	申請日現在の入院・入所 <small>* 介護保険施設の短期入所を除く</small>	病院・施設の所在地	〒														
	病院・施設の名称																
有 ・ 無	退院の予定 <small>* 医療で入院中の方のみ</small>	予定あり (平成    年    月    日頃) ・ 未定															

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 )														
	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示することに同意します。

本人氏名