

介護保険要介護・要支援認定区分変更申請書

受付印

大分市長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	氏名	被保険者との関係	
	住所 〒	電話番号 ()	

提出代行者のみ記入してください。

提出代行者	名称	該当に をしてください。 (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・地域密着型介護老人福祉施設) 担当者 ()	
	住所 〒	電話番号 ()	

訪問調査の際の連絡先を記入してください。被保険者本人に連絡の場合は不要です。
(連絡先については、できる限り日中に連絡が可能なところを記入してください。)

氏名	関係 ()	連絡先 ()	立会い希望	有・無
----	--------	---------	-------	-----

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	性別	男・女
	フリガナ	氏名		生年月日 明・大・昭 年 月 日
	住所 〒	電話番号 ()		
	前回の要介護認定の結果等	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 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日
	変更申請の理由			
	施設利用の有無 (短期入所を除く)	該当に をしてください。(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・医療機関・その他の施設)		
	有・無	入所施設名 〒	電話番号 ()	
	(「有」の人は右側を記入してください。)	所在地		

主治医	医師の氏名	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)のみ記入してください。

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必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る介護認定審査会による判定結果を、大分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、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設の関係人及び主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名

代 筆

チェック欄(記入しないでください)

電算入力	入力チェック	再交付
------	--------	-----