

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

上富良野町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	MTS 年 月 日
保	氏名		性別	男 女
	住所	〒 電話番号		
険	前回の要介護認定の結果等 ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	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	
者	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無 有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日
		介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日
		医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日
		医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日

※本人申請の場合には不要です。 申請書を提出する人	家族又は担当ケアマネージャー等		提出代行者（該当サービスに○をつけてください）	
	住所又は事業所名	〒 ( )	地域包括支援センター	介護老人保健施設
	氏名	本人との関係 ( )	指定居宅介護支援事業者	指定介護療養型医療施設
			指定介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設
			介護医療院	その他 ( )
電話番号		所在地	名称 (印)	
			電話番号	

主治医	主治医氏名		医療機関名	
	受診予定	平成 年 月 日		
	医療機関所在地	電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	
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、上富良野町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人並びに主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事する調査員に提示することに同意します。

本人氏名 (印)  
 (本人自著の場合は、押印不要です)