

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

かほく市長様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	00000000001	個人番号	000000000002			
	医療 保険	保険者名	石川県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39172093		
		被保険者証	記号	番号	00000003	枝番	
	フリガナ	カホク タロウ		生年月日	明・大・昭	〇〇年〇〇月〇〇日	
	被保険者氏名	かほく 太郎		性別	女		
	現住所	〒929-1195 かほく市宇野気ニ81番地		電話番号	076-283-7122		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分	1 2	
		有効期間	平・令	年 月 日	から	平・令	年 月 日
	変更申請の理由	変更を行う理由を記入					
	過去6月間の介護 保険施設医療機関 等入院、入所の有無	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		在宅の場合は記入不要					
医療機関等の名称等・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	本人及び家族が申請の場合は記入不要			

提出 代 行 者	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 介護療養型医療施設・介護医療院)
	住所	〒 電

申請者が記入
※主治医の先生に書いて頂く必要はありません。

主 治 医	主治医の氏名	河北 次郎	医療機関名	河北医院
	所在地	〒929-1174 かほく市浜北ハ6番地1 電話番号 076-283-7135		

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

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は必要があるときは、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、かほく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 かほく 太郎