

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

貝 塚 市 長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
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・地域包括支援センター・介護医療院)		
申請者住所	〒 電話番号 ()		

被 保 者	被保険者番号											※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載は不要										
	個人番号																					
	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏 名											性 別	男 ・ 女 (歳)									
	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 年 月 日 から										年 月 日										
	変更申請の理由																					
	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										期間	年 月 日～ 年 月 日									
		医療機関の名称等										期間	年 月 日～ 年 月 日									
その他施設(居住地)の名称等										期間	年 月 日～ 年 月 日											
その他施設(居住地)の住所 電話番号()																						
有 ・ 無	〒 -																					

主治医 (意見書依頼医師)	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歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名				
	記号		番号	
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、貝塚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又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

※また主治医から求めがあれば、要介護認定・要支援認定結果及び介護サービス利用状況について、主治医に提示することに同意します。

被保険者本人氏名

受付	保険証	調査	意見書	受付番号
	再 回 発 行 収			