

## 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

余市町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個人番号													
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日												
	氏名											性別	男 ・ 女												
	住所	〒										電話番号													
保 険	現在の要介護状態区分等	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〔平成 年 月 日から平成 年 月 日〕																							
險 者	変更申請の理由																								
	現在の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅</li> <li>・指定介護老人福祉施設入所</li> <li>・介護老人保健施設入所</li> <li>・指定介護療養型医療施設入所</li> <li>・医療機関入院</li> <li>・グループホーム入居</li> <li>・ショートステイ利用</li> <li>・その他</li> </ul>										施設・医療機関等名称					期 間					平成 年 月 日			
* 該当に○を記入 在宅以外は、施設・医療機関等の名称を必ず記入																									

申請者氏名	※1	被保険者との関係	
申請者住所	※2 〒	電話番号	

※1申請者が被保険者本人、または家族の場合のみ記入

※2申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

提出代行者名称																			印
提出代行者住所	〒																		電話番号

主 治 医	主治医の氏名											医療機関										
	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、介護認定調査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、余市町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

決 裁 欄	課 長	グループリーダー	グループ回議