介護保険〔要介護認定・要支援認定 区分変更〕申請書

主治医意見書	訪問調査日	一組送致日	介護保険料確認

瀬戸内町長　殿

次のとおり申請します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号	5	2	5	0	0						個人番号		
	医療保険 保険者名											保険者番号		
	医療保険 被保険者証	記号								番号			枝番	
	フリガナ											生年月日	明・大・昭　年　月　日	
	氏名											性別	男・女	
	住所	〒894－ 瀬戸内町 電話番号												
	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　経過的要介護　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ヶ月間の介護保険施設・医療機関等の入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地										期間　年　月　日～　年　月　日		
	有・無	医療機関等の名称等・所在地										期間　年　月　日～　年　月　日		

提出代行者	名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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・介護医療院）
	住所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	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

特定疾病名	

○訪問調査時の立会い（　要　・　否　）

・日中に連絡のとれる連絡先（立会い要の方）

氏名（続柄）：

連絡先　：

○不在時（サービス利用状況等）

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・要支援認定に係る調査内容，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瀬戸内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 ＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 続柄 ＿＿＿＿

代筆理由 ＿＿＿＿＿＿＿＿