

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

菊池市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者番号												個人番号												
医療 保 険	保険者名												保険者番号											
	被保険者 記号・番号		記号						番号						枝番									
被 保 険 者	フリガナ		-----										生年月日		明・大・昭 年 月 日									
	氏 名												性別		男 ・ 女									
	住 所		〒										〔 行政区: 〕											
													電話番号											
	変更申請の理由																							
	介護保険施設 医療機関等の 入院・入所の有 無		医療機関等の名称・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日											
介護保険施設の名称・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日														
		有・無																						

申 請 提 出 者	事業所名		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・介護医療院)																			
	申請者氏名		該当に○(家族・本人・ケアマネージャー・職員・民生委員・その他)																			
	住 所		〒																			
		電話番号																				

主治医	主治医氏名												医療機関名											
	所在地		〒																					
		電話番号																						

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、菊池市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所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また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

代理権確認	確認 ✓	身元確認	確認 ✓	返却サイン	番号確認	確認○	返却サイン
委任状		番号カード			番号カード	写し/原	
官公所発行証		運転免許証			通知カード	写し/原	
介・負・健・年		官公所発行証(写真付)			住民票	写し/原	
(法定代理人)		2点提示					

認定調査連絡票

調査員が訪問する際の参考にさせていただきますので、下記の事項について該当するものに○をつけ、具体的な状況等についてご記入ください。

[illegible]