

要介護状態区分
要支援状態区分 変更認定申請書

年 月 日

宇多津町長 殿

次のとおり申請します。

申請者氏名			被保険者との関係				
申請者住所	〒		電話番号				
提出代行者	居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・地域包括支援センター						
印							
被 保 険 者	被保険者番号			個人番号			
	フリガナ	-----		生年月日	年 月 日		
	氏 名			性 別			
	住 所	〒		電話番号			
	心身の状況の変化その他当該申請を行う原因となった事由						
	現在の要介護認定等の結果	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	
現在入所している介護保険施設	入所施設名：						
	所在地：						
主治医	主治医の氏名			医療機関名			
	医療機関の所在地	〒		電話番号			

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

医療保険者			医療保険被保険者証等の記号番号		
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、地域密着型サービス事業所又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。

代筆者氏名 _____

被保険者 _____ 印

- 備考
- 1 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記入は不要です。
 - 2 被保険者証を添付してください。
 - 3 被保険者が第2号被保険者の場合は、医療保険被保険者証等を提示してください。