

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

大河原町長 様

次のおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 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			
	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									
	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				
											有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 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・所在地					期間 年 月 日～年 月 日					
										介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日					
										医療機関等の名称等・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					

申請者氏名		本人との 関係	
提出代行者 名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・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）		
申請者住所	〒		
	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	
-------	--

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、主治医意見書、大河原町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、大河原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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名： (代筆者： 続柄：)

※下記は記入しないでください。(介護保険係記入欄)

申請方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送	代理権の確認
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 学生証(写真付き) <input type="checkbox"/> 社員証(写真付き) <input type="checkbox"/> その他() 記号・番号()	
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険決定通知書 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額証 <input type="checkbox"/> 社員証(写真なし) <input type="checkbox"/> 学生証(写真なし) <input type="checkbox"/> 地方税等の領収証 <input type="checkbox"/> 住民票等の写真なし公的書類 <input type="checkbox"/> その他() 記号・番号()	確認者