

# 介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

道志村長様  
次のとおり申請します。

記載例

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号												
	医療 保険	保険者	道志村								保険者番号		19097												
		被保険者	記号									番号	123-45678				枝番	1							
	フリガナ		ドウシ ハナコ										生年月日	明・大 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 0 2px;">昭</span>		1年 1月 1日									
	氏名		道志 花子										性別	男 ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 0 2px;">女</span>											
	住所		〒 402-0209 道志村6181-1										電話番号		0554-52-2113										
	前回の要介護認定の結果		要介護状態区分 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 0 2px;">1</span>					要支援状態区分 1 2																	
	変更申請の有無		有効期限 平成31年 1月 1日 から 令和元年 12月 31日																						
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無		介護保険施設等の名称等・所在地 〇〇市〇〇1-1-1 山梨〇〇病院					期間 平成31年10月1日～ 令和元年12月1日																	
	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 0 2px;">有</span> ・ 無		介護保険施設等の名称等・所在地 〇〇市〇〇1-2-3 特別養護老人ホーム					期間 令和元年12月1日～ 年 月 日																	
医療機関等の名称等・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																				

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)

提出 代 行 者	名称																						
	住所	〒																					
		電話番号																					

必ず記入すること！

主治医	主治医の氏名	診療所太郎								医療機関名	道志村診療所											
	所在地	〒 402-0213 道志村7710										電話番号		0554-52-2040								

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、及び主治医意見書を。道志村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 道志 花子

裏面へ続く⇒

