

※ 申請時には介護保険証を添付してください。
※ 訪問調査時、同席される家族を下記に記入してください。

同席される方の氏名	続柄	連絡先	自宅勤務先 携帯電話
-----------	----	-----	---------------

介護保険 要介護・要支援認定 変更申請書

日南町長様

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

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 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) 印		
提出代行者 住所	〒 電話番号		

被 保 険 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				
		被保険者証	記号			番号			枝番		
	フリガナ					生年月日	大正・昭和 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	要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2					
	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			

主治医	主治医の氏名			医療機関名		
	診療科					科
	所在地	〒				電話番号

2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	
-------	--

本人同意欄

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・意見およ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、介護保険施設および親族に提供することについて

- 同意する
- 同意しない

本人署名(自書)

(代筆者)

- 意思表示することが困難

代理同意者