

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

泉 南 市 長 様

申請年月日

次のとおり申請します。

年 月 日

被 保 険 者	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		()歳																						
	氏 名																																				
	住 所		〒																																		
			電話番号																																		
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等 ※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入																																				
			有効期間																																		
	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(○を)		有	入院・ 入所施設名																		入院・入所の期間 ／ から ／																
			所 在 地																		現在も入院・入所中																
		無																																			

申請者 (提出代行者)	氏名 (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)個人の方はフリガナを 担当者名()
	住 所	〒 電話番号

主治医	氏名	診療科(科)	医療機関名	直近の受診日： 月 日
	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 ※医療保険証のコピーが必要です

特定疾病名	
-------	--

私は、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とき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、泉南市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者、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。

併せて、主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護・要支援認定結果情報を提示することに同意します。

本人氏名

《市处理欄》一

受 付： 入 力： 意見書送付： 訪問調査： 台帳：