

## 介護保険 (要介護・要支援) 認定変更申請書

久慈広域連合長 様  
次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
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 _____	

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要。

被 保 険 者	被保険者番号	_____	個人番号	_____	
	フリガナ	_____	生年月日	明・大・昭 _____ 年 月 日	
	氏 名	_____	性 別	男 ・ 女	
	連 絡 先 (昼間連絡できる所)	氏名: _____ (本人との関係: _____) 電話: _____			
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____			
	状 態 の 要 介 護 状 態 区 分 等	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2	
		有効期間 _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日			
	変 更 申 請 の 理 由	_____			
現 在 地 (自 宅 以 外)	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 名称: _____ 住所: _____				

主 治 医	主治医の氏名	_____	医療機関名	_____
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____		
	最終診療日	_____ 年 月 頃		

第2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください。

医療保険者名	_____	医療保険被保険記号番号	_____
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・要支援認定に係る調査内容、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久慈広域連合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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )