

## 介護保険要介護状態区分等変更申請書

（申請先）標茶町長

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者氏名	印	本人との関係	
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____		

被 保 者	被保険者番号	_____	個人番号	_____	
	フリガナ			生年月日	_____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 _____年 _____月 _____日から		_____年 _____月 _____日	
	変更申請の理由				
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無 [有 ・ 無]	介護保険施設等の名称等・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	

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）  <span style="float: right;">印</span>
	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

医療保険者名		医療保険被保険者証 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、標茶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 \_\_\_\_\_