

介護保険（要介護・要支援）認定区分変更申請書

せたな町長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日		年 月 日	
被 保 険 者	被保険者番号			個 人 番 号	
	フリガナ 氏 名			生 年 月 日	年 月 日
				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・要支援更新 認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5		経過的要介護 要支援状態区分 1 2	
		有 効 期 間 年 月 日から 年 月 日まで			
	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			
医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日			
有 ・ 無					

申 請 書 を 提 出 さ れ た 方	家 族 等	氏 名			本人との関係	
		住 所	〒 (電話番号)			
	事 業 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、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）			
		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			医療保険被保険者記号番号	
特 定 疾 病 名				

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ためには必要があるときは、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せたな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	
------	--

※以下は記入しないでください。（せたな町記入欄）

受 付	申請情報入力	主治医入力	調査員入力	保険証提出	資格者証	備 考
	／	／	／	有・無	未発行 ・ 発 行	

（備考欄には送付先が住所と異なる場合や医療機関受診予定日等連絡事項を記入）