

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

福生市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号	個人番号は記入がなくても受付します									
	医療 保険	保険者名	医療保険の項目は、 64歳未満の方は必ず書いてください。 65歳以上の方はわかる範囲で書いてください。																			
		被保険者証 記号																				
	フリガナ	フッサ タロウ										生年月日	昭和 20 年 5 月 5 日									
	氏名	福生 太郎										性別	男・女									
	住所	〒 197-00XX 福生市本町 〇 番地										電話番号	042-551-XXXX									
	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										前回の介護度と有効期間を 記入してください。										
		有効期限	令和 〇 年 〇 月 〇 日 から																			
	変更申請の 理由	転倒によるけがで歩行困難となり、介護量が増している。										理由を具体的に記入 してください。										
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地 〒										期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
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 〒 197-00XX 福生市熊川 〇 番地 〇 × 病院										期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 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・介護医療院） 居宅介護支援事業所 〇 〇										事業者・施設関係者の方が 提出代行される場合は記入 してください。									
	住所	〒 197-00XX 福生市本町 〇 番地																			

主 治 医	主治医の氏名	熊川 二郎										医療機関名	〇 × 病院										主治医の情報は必ず 記入してください。
	所在地	〒 197-00XX 福生市熊川 〇 番地										電話番号	042-551-XXXX										

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

特定疾病名	65歳未満で介護認定申請をする際は、特定 疾病の名称を必ず記入してください。									
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、福生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。

同意する場合は、右側に御署名をお願いします。 本人氏名 福生 太郎

代筆者氏名 福生 花子

(本人との関係) 長女

本人の署名の他、代筆者がいる場合は代筆者氏名と本人との関係を記入してください。