

第6号様式(第6条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

										申請年月日	年 月 日										
介護保険被保険者番号										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			年 月 日( )歳								
氏 名										性 別											
住 所										〒			電話番号								
前回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						
変更申請の理由										有効期間 年 月 日から 年 月 日											
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						
										有 ・ 無					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)											
	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					

2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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成、地域ケア会議における個別事例の検討、指定介護老人福祉施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設への入所の検討その他これらに類する目的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 \_\_\_\_\_