

介護保険 ( 要介護認定・要支援認定区分変更 ) 申請書

士別市長 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 |       |
| 提出代行者<br>名称 | 該当に〇 (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) |        |       |
| 申請者住所       | 〒<br>電話番号   |        |       |

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話 番号は記載不要。太線内は必ず記入して下さい。

|             |  |                             |      |          |   |   |      |   |       |    |  |  |  |
|-------------|--|-----------------------------|------|----------|---|---|------|---|-------|----|--|--|--|
| 被<br>保<br>者 | 被保険者番号   |                             |      |          |   |   | 個人番号 |   |       |    |  |  |  |
|             | 医療<br>保<br>険   | 保険者名                        |      |          |   |   |      | 保険者番号   |       |    |  |  |  |
|             |  | 被保険者証                       | 記号   |          |   |   | 番号   |   |       | 枝番 |  |  |  |
|             | 氏<br>名   | フリガナ                        |      |          |   |   |      | 生年月日  | 年 月 日 |    |  |  |  |
|             |  |                             |      |          |   |   | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 |       |    |  |  |  |
|             | 住<br>所   | 〒<br>電話番号                   |      |          |   |   |      |   |       |    |  |  |  |
|             | 前<br>回<br>の<br>要<br>介<br>護<br>認<br>定<br>の<br>結<br>果<br>等                                   | 要介護状態区分                     | 1    | 2        | 3 | 4 | 5    | 要支援   | 1     | 2  |  |  |  |
|             |  | ※要介護・要支援<br>更新認定の場合<br>のみ記入 | 有効期間 | 年 月 日 から |   |   |      |   | 年 月 日 |    |  |  |  |
|             | 変<br>更<br>申<br>請<br>の<br>理<br>由  |                             |      |          |   |   |      |   |       |    |  |  |  |
|             | 介<br>護<br>保<br>険<br>施<br>設<br>入<br>所<br>の<br>有<br>無<br>(短期入所を除<br>き、入所(院)<br>者のみ記入のこ<br>と) | 入所(院)<br>施設名                |      |          |   |   |      |   |       |    |  |  |  |
| 所在地         |  | 電話番号                        |      |          |   |   |      |   |       |    |  |  |  |

|             |        |           |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |
|-------------|--------|-----------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|
| 主<br>治<br>医 | 主治医の氏名 |           |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |
|             | 所在地    | 〒<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|     |           |
|-----|-----------|
| 証回収 | 未 済 ( )   |
| 意見書 | 申 未 渡 ( ) |
|     | 医 未 送 ( ) |
| 調査票 | 未 送 ( )   |

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士別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、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。

点線内は事務処理に使用しますので申請者は記入しないでください。

本人氏名