

第9号様式

介護保険 要介護認定・要支援認定変更申請書

厚岸郡浜中町長 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	明・大・昭 年 月 日生	
			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 日まで			
	過去6ヶ月間の介 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・居宅介護支援事業所・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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画を作成する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・意見及び主事意見書を居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、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。

本人氏名または代理家族氏名 \_\_\_\_\_ 印