

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

田辺市長 宛

次のとおり申請します。

保 険 者 確 認 欄	申請入力	意見書依	調査日	受付
	/	/	/	

被 保 険 者	被保険者番号		申請年月日	令和 年 月 日	
	個人番号				
	(フリガナ) 氏 名	生年月日	大・昭・平 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	要介護状態区分      1      2      3      4      5			
		有効期限      年 月 日 から      年 月 日			
変更申請の理由					
過去6ヵ月間の介護 保険施設（医療機関） の入所（入院）の有無	介護保険施設等（医療機関）の名称・所在地		期間      年 月 日～ 年 月 日		
	介護保険施設等（医療機関）の名称・所在地		期間      年 月 日～ 年 月 日		

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ <small>（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・小規模多機能型居宅介護支援事業者・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・看護小規模多機能型居宅介護）</small>		
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____		

新 再 施	受診予定日
-------	-------

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	被保険者名	記号番号
特定疾病名		資格取得日

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、及び主治医意見を、田辺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、地域密着型サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見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。

認定結果の送付先の有無	有      無
送 付 先	〒 _____ 本人氏名 _____
	〒 _____ 申請者氏名 _____ 続柄（      ） 続柄      電話 _____

※この申請により取得した個人情報は、田辺市個人情報保護条例に基づき、適切に取り扱います。