

介護保険要介護認定変更申請書

受付印

和歌山市長

次のとおり申請します。

*印欄は、記入しないでください。

| | | | | | | |
|-----|---------------|--|---------|----|----|---|
| | | 申請年月日 | 令和 5 | 年 | 月 | 日 |
| 申請者 | 申請者区分 | 1 本人 2 代理人 A 地域包括支援センター B 居宅介護支援事業者 C 介護保険施設 | | 氏名 | 続柄 | |
| | 申請代行 事業者名称 | 該当に○ (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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院) | | | | |
| | 申請者住所 | 〒 | | | | |
| | | 電話番号 | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------------------------|---|------------|------|---------|---------|---------|---|---|---|---|
| 被 保 険 者 | 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 | 明治 1 | 大正 2 | 昭和 3 | 年 | 月 | 日 | |
| | 氏名 | | | 性別 | 男 | | 女 | | | | |
| | 住所 | 〒 | | 電話番号 | | | | | | | |
| | 現在の要介護 状態区分等 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 変更申請の理由 | | | | | | | | | | |
| | 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・医療機関等の名称等・所在地 | 介護保険施設等コード | 期間 | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 |
| | 1 有 2 無 | | | 期間 | | | | ~ | | | |

| | | | |
|---------|--|------------|--|
| * 調査委託先 | | * 調査委託先コード | |
|---------|--|------------|--|

| | | |
|-------------------------|--------|---------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 医療機関名 |
| 医師依頼区分 | 所在地 〒 | 医療機関コード |
| 1 主治医 2 指定医 3 提出済 | 電話番号 | |

※ 主治医欄については、意見書を作成してくれるかどうか確認のうえ、記入してください。(施設入所者は除く。)

2号被保険者(40歳から65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

| | |
|-------|--|
| 特定疾病名 | |
|-------|--|

同意書

介護サービス計画等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又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

その他必要に応じて主治医意見書を記載した医師に要介護認定結果を提示することに同意します。

1 有 2 無

本人氏名

添付書類

第1号被保険者 介護保険被保険者証
第2号被保険者 介護保険被保険者証 (交付を受けている方のみ)
医療保険被保険者証