

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更 申請書

栃木県那須郡那須町長 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										
	医 療 保 険	保 険 者 番 号										保 険 者 番 号									
		被 保 険 者 証	記 号					番 号					枝 番								
	フリガナ										生 年 月 日										
	氏 名										性 別										
	住 所										地 区 名										
	那須町大字										電 話 番 号										
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等										要 介 護 状 態 区 分					要 支 援 状 態 区 分					
	* 要 介 護 ・ 要 介 護 更 新 認 定 の 場 合 の み 記 入										有 効 期 限					有 効 期 限					
	変 更 申 請 の 理 由																				
過 去 6 カ 月 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						
										介 護 保 険 施 設 の 名 称 等 ・ 所 在 地					期 間						
										医 療 機 関 等 の 名 称 等 ・ 所 在 地					期 間						
										有 ・ 無					医 療 機 関 等 の 名 称 等 ・ 所 在 地					期 間	

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・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				

第二号被保険者 (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、那須町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。

【保険者記入欄】

申請理由 更新・病院の勧め( )・サービス利用希望・転入・その他( )  
 来庁者( )・受付担当( )・自宅確認 済・未済  
同時申請(チェックリスト) 無・有  
情報提供交付申請書 無・有( )  
サービス計画届出書 無・有( )

本人氏名

代理人氏名