介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

大多喜町長　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号		０ ０ ０		個人番号			
	医療保険	保険者名			保険者番号			
		被保険者記号・番号	記号		番号		枝番	
	フリガナ				生年月日	年　月　日		
	氏名				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					
	変更申請の理由							
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、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・居宅介護支援事業者・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、主治医意見書、大多喜町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、大多喜町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、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名