

介護保険 要介護認定区分変更申請書

片品村長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		申請年月日		年 月 日					
	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									
	氏名		性別									
	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	経過的要介護	要支援状態区分	1	2
	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		有効期間		から							
	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の有無		介護保険施設の名称等・所在地		期間	年	月	日	～	年	月	日
有 ・ 無		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	
		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(介護予防)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)	
	住 所	〒	印
		電話番号 ()	

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所 在 地	〒

2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片品村から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、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。

本人氏名 _____
 (代筆者氏名 電話番号 本人との関係)

調査立会い希望	有・無	連絡先	自宅・申請者・その他	サービスの緊急性	有・無
備考					

—お願い—

区分変更申請書を提出される前に、状況等の確認等を行いた
いので、事前に片品村役場保健福祉課介護保険担当（電話：
0278-58-2115）までご連絡をお願い致します。