

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

袖ヶ浦市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 ×○年 ×○月 ×○日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		2	2	9	0	×	×	×	×	×	×	×	×	個人番号	1	2	3	4	5	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	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		ソノガウラ ハナ										生年月日		昭和 20 年 1 月 1 日																	
	氏名		袖ヶ浦 はな										性別																			
	住所		袖ヶ浦市坂戸市場1番地1 電話番号0438-62-3206																													
	前回の要介護 認定の結果等		要支援 1・② 要介護 1・2・3・4・5 有効期限 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から ××年 ××月 ××日																													
	変更申請の 理由		×月〇日自宅で転倒後、骨折。現在入院中であり、著しく状態悪化。																													
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地												期間 年 月 日 ~ 年 月 日																	
			介護保険施設等の名称等・所在地												期間 年 月 日 ~ 年 月 日																	
医療機関等の名称等・所在地 坂戸の森総合病院												期間 〇年 〇月 〇日 ~ 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 〇〇地域包括支援センター	
	住所	〒299-××〇〇 袖ヶ浦市〇〇〇〇 電話番号0438-62-〇〇〇〇	

主治医	主治医の氏名	坂戸 一郎	医療機関名	坂戸の森総合病院
	所在地	〒299-×××× 袖ヶ浦市×××× 電話番号0438-62-××××		

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、袖ヶ浦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 袖ヶ浦 はな