

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 ×〇年 ×〇月 ×〇日

被 保 險 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	ソテガウラ 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ヶ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	該當に○(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 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	〒299-××××	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