

介護保険要介護認定・要支援認定変更申請書 兼 要支援認定者用介護認定申請書

変更

多摩市長 殿

次のとおり申請します。

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名			本人との関係		
提出代行者名	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・指定介護療養型医療施設)				
申請者住所	〒		電話番号	()	

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏名											性別	男・女									
	住所	〒										電話番号 ()										
	連絡先住所 連絡者氏名	〒										電話番号 ()										
	現在の要介護認定の結果等	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										有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで										
	介護保険施設	有	入所施設名																			
	入所の有無 (短期入所を除く。)	無	1 自宅 2 入院 病院名 ()										電話番号 ()									
	変更申請の理由																					

主治医 該当に○ (有・無)	医療機関名																			
	診療科目名											主治医の氏名								
	所在地	〒										電話番号 ()								

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者 名称	番号 ()		医療保険被保険者 証記号番号	記号	番号
特定疾病名					

介護（予防）サービス計画及び支援計画を作成するため必要な場合は、認定に係る情報（1）を多摩市から事業者等の関係者（2）に提示することに同意します。

- 1 ・ 調査内容 ・ 主治医意見書 ・ 介護認定審査会の判定結果と意見
- 2 ・ 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
- ・ 介護保険施設の関係人 ・ 主治医意見書を記載した医師 ・ 認定調査に従事した調査員

提示に同意いただける場合は、右に被保険者の方の署名を

(代筆の場合は押印も) お願いします。

氏名 _____

