

要介護認定変更申請書

逗子市長 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 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・指定介護療養型医療施設)				
申請者住所	〒 - 電話番号(- -)				

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載の必要ありません。

被	被保険者番号		個人番号	* * * * * * * * * * * * *										
	医療保険 被保険者証	記号	番号	番号	枝番									
保	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日								
			性別	男・女										
保	住所	〒 - 電話番号(- -)												
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで												
險	変更申請の理由													
	介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く。)	有・無	入所施設名	〒 - 電話番号(- -)										
		所在地												

主治医の有・無	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 - 電話番号(- -)		

第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) のみ記入

医療保険者名	
医療保険被保険者証記号番号	
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・要支援認定に係る調査内容、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逗子市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提供することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

起案	・	・	主治医又は指定医	
決裁	・	・	意見書作成依頼日	・
課長	係長	係	訪問調査依頼先	
			訪問調査依頼日	・

次のとおり申請を収受し、訪問調査及び意見書作成を依頼してよろしいか。