

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

（あて先）亀岡市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	被保険者番号												個人番号												
	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												生年月日		明・大・昭		年		月		日				
	氏 名												性 別		男		・		女						
	住 所		〒										電話番号（連絡先の続柄）												
	前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2												
			有効期間										年		月		日から		年		月		日まで		
	変更申請の 理由																								
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等へ の入院、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										期間		年		月		日～		年		月		日	
有 ・ 無		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）																			
	住 所	〒										電話番号									
		※調査実施 市口・事業所等口																			

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所 在 地	〒										電話番号											
		※意見書依頼 市口・その他口																					

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、亀岡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。

※事業者同席希望 有□・無□（担当名）

入院時、家族への調査日報 必要□・不要□

調査後、家族への聞き取り 必要□・不要□

本人氏名