

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先) 舞鶴市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		0 0 0 0		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				性 別	男 ・ 女				
	氏 名				生年月日	大・昭 年 月 日				
	住 所		〒 -		電 話 番 号					
	現在の要介護 状態区分等		要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2					
	変更申請の理由				有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	過去6月間の 入所・入院		施設名称等		期間 ~		年 月 日			
			施設名称等		期間 ~		年 月 日			
有 ・ 無		施設名称等		期間 ~		年 月 日				

提 出 代 行 者	名 称	該当するものに○を付けてください。 ・ 地域包括支援センター ・ 指定介護老人福祉施設 ・ 介護医療院 ・ 居宅介護支援事業者 ・ 介護老人保健施設 ・ 地域密着型介護老人福祉施設	
	所 在 地	〒 -	電 話 番 号

主 治 医	医療機関の名称		
	医療機関の所在地	〒 -	電 話 番 号
	主 治 医 氏 名		

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方のみが記入してください。

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、主治医意見書、舞鶴市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、舞鶴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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名

市記入欄							
本人確認 (本・代)	①	個人番号カード	運転免許証	介護支援専門員証			代理権
	②	被保険者証(国・後・社/介)					