

介護保険 要介護認定変更申請書

釧路市長あて

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 3年 4月 1日

被保険者番号 0000012345 個人番号 000000123456

医療保険	被保険者証	記号	番号	枝番
	医療保険の情報を記入してください。			

フリガナ	カイゴタロウ	生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日
氏名	介護太郎	性別	男 ・ 女

住所	〒 釧路市 黒金 町 大通 8 丁目 2 番 号	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
有効期間	R3年 1月 1日 ~ R4年 1月 30日	

変更申請の理由	お体の状態が変化した状況を簡単に記入してください。
---------	---------------------------

過去6ヶ月間の介護保険施設又は医療機関等への入院・入所の有無 *短期入所の場合は除く	介護保険施設又は医療機関の名称	市立釧路総合病院	期間	R3年1月1日~R3年3月31日
	所在地	〒 釧路市 春湖台 町 大通 1 丁目 12 号	電話番号	()
	包括支援センター・居宅介護支援事業者等からの代行申請については、この欄に記入してください。	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

氏名	介護次郎	本人との関係	子
提出代行者名称	該当に〇 包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指	申請者が本人である場合は記入不要です。	
住所	〒 釧路市 黒金 町 大通 8 丁目 2 番 号	電話番号	()

主治医氏名	保険花子	医療機関名	保険病院
医療機関所在地	〒 釧路市 黒金 町 大通 8 丁目 2 番 号	電話番号	()

2号被保険者(40歳) 40歳から64歳の方については、この欄に該当する特定疾病を記入してください。

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、及び主治医意見書を、釧路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。

本人の直筆により署名してください。本人が記入できない場合は下段に申請者が理由を記入してください。

本人氏名 介護太郎

(家族)	続柄
由	(本人が記入できない理由を記入してください。例：寝たきり、認知症など)