

介護保険要介護・要支援認定 変更申請書



箱根町長 様
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号										申 請 年 月 日							
	個 人 番 号										年 月 日							
	医 療 保 険					医療保険者名					保険者番号							
						被保険者証		記 号		番 号		枝 番						
	フリガナ							生年月日		年 月 日 (歳)								
	氏 名							性 別		男 ・ 女								
	住 所							電 話 番 号		()								
	前 回 認 定 の 状 態 区 分 等		要介護状態区分					要支援状態区分										
			要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		経過的要介護		要支援1		要支援2	
			有 効 期 間		年 月 日 から					年 月 日								
変更申請の理由																		
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 の 入 院 ・ 入 所 の 有 無		有 ・ 無		介護保険施設・医療機関の名称等			所 在 地			期 間								
										年 月 日								
										年 月 日								

※申請には介護保険被保険者証が必要です。

※第2号被保険者の方は、医療保険の被保険者証（健康保険被保険者証）が必要です。

提 出 代 行 者	氏名又は 名 称	該当に○	家族（親族）等・民生委員・介護相談員等・成年後見人等・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									
	住 所	〒										
		電 話 番 号 ()										

主 治 医	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歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名						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、箱根町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。

本人氏名

※町記入欄(何も記入しないでください)

居 宅 介 護 支 援 事 業 者						立会者						電 話					
受 付 被 保 証	入 力	資 格 者 証 交 付	(備考)														
/	/	/	/	窓口													
				郵送													
				FAX													

