

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

市役所記入欄

(あて先) 福岡県那珂川市長

次のとおり申請します。(太枠の欄は、必ず記入して下さい。)

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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 - -											
	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															
	変更申請の理由																						
	現在、介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	名称等											入院・入所期間	年 月 日 ~									
有・無												入院(入所)中・退院(退所)予定											
※認定調査:		自宅・その他( )																					

申請者 (本人以外)	申請者氏名											(続柄 )									
	住所	〒 -										電話番号 - -									

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒 -										(次回受診 年 月 日) 電話番号 - -										

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、申請情報、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筑紫地区介護認定審査会事務局、筑紫医師会、居宅介護(予防)支援事業者、小規模多機能型居宅介護事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係者、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 (必ず記入→)**

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入し、医療保険被保険者証の写しの添付が必要です。

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提出 代行者	名称	該当○(居宅介護支援業者・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・介護医療院)																				
	住所	〒 -										担当者名										
												電話番号	- -									

**※裏面を忘れずに記入してください。**

