第17号様式

介護保険要介護・要支援認定区分変更申請書

三浦市長

介護保険被保険者証を添付し、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更申請理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　　　保　　　険　　　者 | 介護保険  被保険者番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | 申請年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療保険 | 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 | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | |  | | |
| 住　　所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護  認定等の結果等 | | 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 | | | | | | | | | | | | |
| 本人の現在  の　状　況 | | 過去６か月間の介護保険施設、医療機関等への入所・入院の有無 | | | | | 名称・所在地 | | | | | | | | | 期間  　　年　月　日～　　　　年　月　日 | | | |
| 名称・所在地 | | | | | | | | | 期間  　　年　月　日～　　　　年　月　日 | | | |
| 名称・所在地 | | | | | | | | | 期間  　年　月　日～　　　　年　月　日 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 連絡先氏名  （調査立会者） |  |
| 連絡先住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主　治　医 | 医療機関名 |  | 診療科名 | 科 |
| 主治医氏名 |  | 最終診療日 | 年　　　月頃 |
| 所　在　地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出代行者 | 名　称 | １ 地域包括支援センター　 ２ 居宅介護支援業者　 ３ 指定介護老人福祉施設　 ４ 介護老人保健施設　 ５ 指定介護療養型医療施設  ６ 介護医療院 |
| 所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

第２号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

※申請時に医療保険証を持参するか、写しを添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、三浦市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅(地域密着型)サービス事業者、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 |  |