

介護保険 要支援認定変更申請書

介護申請

高知市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

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			
		被保険者証	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 (住民票)			電話番号				
	現在の要支援 状態区分			要支援状態区分 1 2				
				有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
	変更申請の理由							
	現在入所・入院中 の介護保険施設・ 医療機関等の有無		有	介護保険施設 等の名称				
		無	所在地					
調査先住所			電話番号 <small>(住民票住所と相違する場合に記入してください。)</small>					

申請者氏名又は 提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医 療院)	本人との関係
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歳までの医療保険加入者)のみ記入

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、高知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。

被保険者氏名

(代筆者氏名

)

調査を希望する曜日					家族等立会の希望の有無	
月	火	水	木	金	有 ・ 無	[立会者:]
午前	午前	午前	午前	午前	連絡可能時間帯(被保険者): ~	
午後	午後	午後	午後	午後	" (立会希望者): ~ TEL	