

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

長浜市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 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 (歳)															
	氏 名												性 別		男 ・ 女															
	住 所		〒										電話番号 () -																	
	前回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 まで																	
	変更申請の理由																													
	過去6月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の 有無 有 ・ 無		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日															
介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日																		
医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日																		
医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日																		

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・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		〒										電話番号 () -								

主 治 医	主治医の氏名												医療機関名								
	住 所		〒										電話番号								

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

特 定 疾 病 名																		
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

