

# 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・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	
-------	--

