

介護保険 要介護認定区分変更申請書(記載例)

唐津市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 元年 5月 1日

※申請者 提出代行者	フリガナ	カラツ ジロウ	本人との関係	長男
	氏名	唐津 二郎		
	住所	〒847-0016 唐津市東城内6-8 電話番号(0955) 33 - 8910 マンション・アパート名、部屋番号()		
	所在地	〒 () - () 電話番号() - ()		

個人番号はパソコンでの入力不可です。

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号	3 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
	フリガナ	カラツ タロウ	生年月日	明・大・昭 12年 3月 4日
	氏名	唐津 太郎	性別	男 ・ 女
	住所	〒847-1234 唐津市西城内12-34 電話番号(0955) 12 - 3456 マンション・アパート名、部屋番号()		
	送付先 現住所	〒 () - () 電話番号() - () 本人の住所以外に結果通知を希望する場合は記入してください。 マンション・アパート名、部屋番号()		
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分(該当に○) 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 有効期間 平成・令和30年 9月 1日 から 平成(令和) 2年10月 31日まで		
	変更申請の理由	脳梗塞によりADL低下し介助量が増え介護サービスを増やす必要があるため。		

過去6月間の介護 保険施設・医療機 関等入院入所の 所在地、名称等 (該当施設に○)	介護 医療	所在地、名称等 唐津市〇〇町△△番地 唐松病院(入院中)	期間 31年 1月 15日 ~ 年 月 日
	介護 医療	所在地、名称等	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	介護 医療	所在地、名称等	期間 年 月 日 ~ 年 月 日

主治医	主治医の氏名	カラマツ イチロウ 唐松 一郎	医療機関名	唐松病院
	所在地	〒847-4321 唐津市〇〇町△△番地 電話番号(0955) 00 - 1234		

2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
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、保険給付対象外のサービス事業者等、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。

受付印

本人氏名 唐津 太郎
(代筆の場合)
代筆者氏名 唐津 二郎 被保険者との関係 (長男)
住所又は
所在地 唐津市西城内12-3

本人氏名と代筆者氏名は必ず直筆
をお願いします。

整理番号 号