

記入例

保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

記入した日付を入れてください

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号		申請年月日	平成	年	月	日	
	フリガナ	イワイズミ タロウ		生年月日	明・大・昭	2年	2月	2日
	氏名	岩泉 太郎		性別	男	・	女	
	住所	〒027-0595 岩泉町岩泉字惣畑59番地5		電話番号	22-2111			
保 険	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 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17年 8月 1日 から 平成19年 7月31日						
変 更 申 請 の 理 由	変更申請の理由	脳出血で入院し、身体機能が著しく低下したため。						
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間					
		介護保険施設の名称等・所在地	期間					
		医療機関等の名称等・所在地 〇〇〇病院	期間	18年 5月1日～ 年 月 日				
	①・無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日				

区分変更申請の理由（状態が変化した部分について）を詳しく記入してください

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 申請者（ご家族）の名前と連絡先を記入してください	印
	住所	〒 岩泉花子（子） 〇〇市〇〇△番地 日中連絡がとれやすい電話番号090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

主 治 医	主治医の氏名	〇〇〇〇先生（〇〇科）	医療機関名	〇〇〇病院
	所在地	〒〇〇-〇〇〇〇 岩手県〇〇市〇〇□□番地 電話番号〇〇-〇〇〇〇		

主治医の先生の氏名と病院名等を記入してください

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	第二号被保険者の方は、加入している医療保険者証のコピー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・要支援認定にかかる調査内容、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、岩泉町から地域包括支援事業者、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 本人の氏名を忘れずに記入してください 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 岩泉 太郎