

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

富士宮市長 宛 次のとおり申請します。

		申請年月日		令和 年 月 日		
申請書提出者氏名		本人との関係				
申請書提出者住所		〒 電話番号 () -				
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) 担当 ()				
変更申請の理由						
介護保険被保険者番号						
個人番号						
個人番号がわからない時、富士宮市職員が住基台帳等を用いて当該者の個人番号を検索し記載することに同意する <input type="checkbox"/>						
保 医 療	保険者名		保険者番号		本人・扶養	
	被保険者 記号・番号		記号番号	枝番	資格取得日	年 月 日
フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
氏 名			性 別	男 ・ 女		
被 保 険 者	住 所	富士宮市 申請書提出者と同じ () - (住所地と違う居住地に調査に向う場合、その住所を記入してください。)			連絡先 優先順位	
		() 方)				
立 会 者	富士宮市 申請書提出者と同じ 氏名： 本人との関係： () -					
	立会者無の場合の理由					
調査に関する留意事項						
調査希望日(在宅)		月・火・水・木・金	時間帯	午前・午後	駐車場	有・無 ()
前回の要介護認定結果 等更新認定の場合記入		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
現在の入院・入所		医療機関・施設等の名称		期 間	年 月 日 ~	
主 治 医	医 療 機 関 名	() 科		主治医名	最終 診察日	年 月 日
	所 在 地				次回 受診日	年 月 日
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						

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は必要があるときは、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、富士宮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、並びに「要介護・要支援認定更新のお知らせ」を通知することに同意します。

本人氏名