様式第２号(第２条関係)

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

箕輪町長　　申請年月日　　年　月　日

次のとおり申請します。

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		
	医療保険 被保険者記号・番号	記号		番号	枝番
	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏　名		性　別	男　・　女	
	住　所	電話番号			
	前回の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			
	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(○を)	介護保険施設・医療機関等の名称	期間　年　月　日～		
		所在地	年　月　日		
	有　無				

申請者(代理人)	フリガナ		電話番号	
	氏名			
	住所	〒　(被保険者と同じ場合は記載不要)	被保険者との続柄	

提出代行	氏名(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	氏　名		医療機関名	
	所在地	〒 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、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又は提供することに同意します。

本人氏名　　代理人氏名

上記被保険者の支援ために必要があるときは、関係する医療・介護の専門職等の間で情報共有することについて説明を受け、同意します。

本人又は代理人署名