介護保険
要介護認定・要支援認定区分変更　申請書

平生町長　様

次のとおり申請します。

被保険者	被保険者番号												申請年月日	平成　年　月　日
	個人番号												生年月日	
	フリガナ 氏名												性別	
	住　所	〒 電話番号												
	前回要介護認定等	要介護状態区分												
		有効期間												
	介護保険施設入院・入所の有無（短期入所を除く）	有												
		無												

提出代行者	名　称	該当に〇（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・。指定介護療養型医療施設） 印
	住　所	〒 電話番号

主　治　医	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

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			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメント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、平生町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員へ提示することに同意します。

本人・または家族氏名

※　下記に記入をしてください。

・調　査　　家族の同席希望　なし　・　あり　〔　　〕

調査希望日等　〔　　〕

・結果通知先　□　本人住所

□　その他の住所〔　　〕

※　□　要支援・非該当の場合、地域包括支援センターを通じて結果通知を受け取ることを希望します