第８号様式（第８条関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

東秩父村長　様

　次のとおり申請します。

申請年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　保　　　険　　　者 | 介護保険  被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療保険 | 保険者名 | |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護  認定の結果等  ＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | | | 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　　　　　　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  有 ・ 無 | | | 介護保険施設の名称･所在地 | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の名称･所在地 | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称･所在地 | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称･所在地 | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |

　　第２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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者　又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名