

介護保険 要介護認定・要支援認定変更申請書

大阪市長
次のとおり申請します。

申請年月日

平成 年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者 名称	該当に○ (居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・地域包括支援センター) (代行事業者番号)		
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号記載不要

被保険者番号					フリガナ		生年月日		性別		
被保険者氏名							() 歳				
住所	〒									電話番号	
現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分										
	有効期間		から								
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 (短期入所を 除く)	有 ・ 無	入所施設名称 所在地	〒		電話番号						
		期間			年	月	日	～	年	月	日
		医療機関等名称 所在地	〒		電話番号						
		期間			年	月	日	～	年	月	日

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			

私は、主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護・要支援認定結果、居宅・介護予防サービス計画作成事業者名及び連絡先を、認定調査に従事した調査員から求めがあれば、要介護・要支援認定結果をそれぞれ提示することに同意します。

また、要支援認定及び非該当と判定された場合、地域包括支援センターに、認定結果情報及び住所、生年月日、性別、電話番号について提示することに同意します。

本人氏名