

## 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

岐南町長 宛

この申請は、第三者行為（交通事故）が原因ですか。

次のとおり申請します。

はい・**いいえ**

事故発生日（はいの場合）

年 月 日

被 保 者	被保険者番号	0 2 0 0 0 1 2 * * *	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 * * *				
	医療 保 険	保険者名	〇〇健康保険組合		保険者番号	0 1 2 3 4 5 6		
		被保険者証	記号	1 2 3 4 5 6	番号	7 8 9		枝番
	フリガナ	ギナン タロウ			申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
	氏 名	岐南 太郎			生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
					性 別	<b>男</b> ・ 女		
	住 所	〒501-6012 岐南町八剣7-107			電話番号	058-247-1341		
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	要介護状態区分	<b>1</b> 2 3 4 5		経過的要介護	要支援状態区分 1 2			
	有効期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日						
変更申請の理由	〇〇による要介護状態の変更のため							
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地	日本病院 岐南町八剣〇丁目〇〇番地			期間	R〇〇年〇〇月〇〇日～R〇〇年〇〇月〇〇日		
	介護保険施設の名称等・所在地				期間	年 月 日～ 年 月 日		
	医療機関等の名称等・所在地				期間	年 月 日～ 年 月 日		
	<b>有</b> ・ 無	医療機関等の名称等・所在地				期間	年 月 日～ 年 月 日	

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・指定介護医療院)	
	住 所	〒 電話番号	

主 治 医	主治医の氏名	日本 花子		医療機関名	日本病院	
	所 在 地	〒501-6012 岐南町八剣〇丁目〇〇番地			電話番号	058-〇〇〇-〇〇〇〇

第2号被保険者(40歳から64歳まで)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必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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岐南町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に同意します。

本人氏名 岐南 太郎

代筆者名( )