第１２号様式（第7条関係）

# 介護保険　要介護状態　区分変更申請書

**江 差 町 長　　様**

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 | 該当に〇［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］<br>印 | | |
| 申請者住所 | 〒　　電話番号 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 | ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | |
| | 氏　名 | | 年齢　　歳 | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住　所 | 〒　　電話番号 | | | |
| | 現在の要介護状態区分等 | 要介護状態区分　１　２　３　４　５ | | | |
| | | 有 効 期 間　平成　　年　　月　　日 から 平成　　年　　月　　日 | | | |
| | 区分変更申請の理由 | | | | |
| | 訪問調査先<br>＊調査先が自宅以外の場合のみ記入 | 病院・施設等の名称または滞在先 | （　　階　　病棟　　号室） | 入院・入所日 | |
| | | | | 退院・退所日 | |
| | | 病院施設等の所在地または滞在先住所 | 〒　　電話番号 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 主　治　医 | 医療機関名 | | 主治医氏名 | | 受診日 |
| | 所在地 | 〒　　電話番号 | | | |

【調査時等の連絡先・同席の希望についてご記入ください】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 連絡先 | 氏　名 | （認定を受ける人との関係　　） | 調査時の同席 |
| | 住　所 | 電話番号 | 希望する・希望しない |

【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、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