

介護保険 〔
 要介護認定・要支援認定
 要介護区分変更・要支援区分変更
 要支援者の要介護認定
 〕
 申請書

諏訪広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号						個人番号					
	フリガナ						生年月日	明治・大正・昭和				
	氏名							年 月 日				
	住所	〒					性別	男・女				
								電話番号				
	現在の要介護認定の結果等	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 (区分変更申請及び要支援者の要介護申請時のみ)											
	介護保険施設等の入所・入院の有無	介護保険施設の入所施設名					期間					
		所在地					年 月 日 ~ 年 月 日					
有・無	医療機関の入院施設名					期間						
	所在地					年 月 日 ~ 年 月 日						

連絡先	訪問調査時の連絡先 ※訪問調査の日程等についてご連絡いたします。必ず記入してください。											
	氏名						被保険者との関係					
	住所	〒					電話番号					

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・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			

第二号被保険者(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										

介護サービス計画の作成等、介護保険事業の適切な運営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、認定結果、介護認定審査会の意見及び主治医意見書を、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、地域密着型サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医又は認定調査員に提示することに同意します。

本人氏名 _____