介護保険　要介護状態等区分変更申請書

中札内村長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	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・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・地域包括支援センター）		
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・電話番号が記載不要

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			
		被保険者証	記号		番号		枝番
	フリガナ			生年月日	明・大・昭　年　月　日		
	氏名						
	住所	〒 電話番号					
	現在の要介護状態等区分等	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						
	介護保険施設入所の有無（短期入所を除く）	有	入所施設名				
			所在地				
		無					

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

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿