

介護保険 要介護認定・要支援認定変更申請書

東松山市長 宛て 次のとおり申請します。

申請年月日		年 月 日			独居(日中独居を含む)の有無			有 ・ 無				
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		記号		番号		枝番				
	フリガナ				生年月日		年 月 日					
	氏名				性 別		男 ・ 女					
	住 所				〒		—		電話番号 ()			
	現在の要介護 認定の結果等		要介護 状態区分		要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		有効期間		年 月 日～ 年 月 日			
	申請の理由											
	訪問調査先 ※住所と異なる 場合記入		住所				電話番号 ()					
			入院・入所施設名									
訪問調査 同席者		氏名			〔 続 柄 〕		連絡をとることが 容易な時間(昼間)					
		住所 ※被保険者と同じときは、記入不要										
		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 ()				

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、東松山市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、東松山市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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

被保険者氏名

2名被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

事業者が提出するときに記入

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・介護医療院)								
	所在地	〒		—		電話番号 ()				

市役所整理欄(申請者記入不要)

申請データ入力 資格者証交付 居宅介護支援事業者届済確認

前回意見書作成医師		前回訪問調査員		居宅介護支援事業者	
意見書依頼日		調査依頼日		今回調査委託先	

