

別記様式第11号（第8条関係）

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

池田町長様

次のとおり申請します。

（*申請窓口は、保健センターです。）

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男・女	
	住所	〒 電話 ー			
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 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				
	過去6ヶ月間 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・所在地	期間	年 月 日	～ 年 月 日
介護保険施設 名称・所在地		期間	年 月 日	～ 年 月 日	
医療機関の 名称・所在地		期間	年 月 日	～ 年 月 日	
医療機関の 名称・所在地		期間	年 月 日	～ 年 月 日	

申請者氏名		本人との続柄	
申請者住所	〒 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		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話 ー		

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、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、池田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 _____

来所者 _____ 住所 _____ 電話番号 _____

◎来所者 ◎代理権授与 ◎来所者の身元確認 ◎個人番号確認 ◎認定調査時確認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認書類： <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知書 <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	確認者 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
--	--	--