

別記第14号様式（第8条関係）

介護保険 要介護状態区分等 変更申請書

稚内市長 様

(□ 要介護 □ 要支援) 状態区分の変更の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

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 | 〒 () - | | | | |
| | 前回の要介護 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 | | | | | |
| | 過去6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等・所在地 | 期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 |
| | 有 ・ 無 | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| 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 | 〒 () - |

| | | |
|-------------|--------|---------|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 医療機関名 |
| | 所 在 地 | 〒 () - |

第2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください。

| | |
|--------|---------------|
| 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、要介護認定又は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及び意見又は主治医意見書を稚内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、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。

(本人署名) _____

※ 訪問調査希望日 (家族等代筆者) _____ (続柄) _____

月 日 時 (家族等連絡先) _____ ☎ () - _____