

様式第2号 (第3条関係)

介護保険要介護認定変更申請書

(申請先) 佐久市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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・大・昭 年 月 日									
	氏名											性別	男 ・ 女									
	住所 (住民登録地)	〒 —										電話番号 ()										
	上記以外の 現在本人の いる場所	〒 —										電話番号 ()										
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2															
	変更申請の理由	<input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく悪化 <input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく改善 具体的に ()																				
	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	有	介護保険施設・医療機関の名称										期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
	無	介護保険施設・医療機関の名称										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・介護医療院)										担当者名										
	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	()									

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																					

介護サービス計画又は介護予防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・要支援認定にかかると調査内容、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、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又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

認定調査に関する聞き取り欄

調 査 日 程 連 絡 先	氏名	被保険者との関係																			
	日中連絡のつく電話番号																				
調査立会い希望	希望する	立会者氏名										希望しない									
事 務 処 理 欄	システム入力		調査員		課長等	係長	係										受理処理欄				
	主治医意見書依頼		調査日		審査会依頼		結果通知	メモ													
	主治医意見書返送		一次入力		審査会判定			ケアプラン作成 依頼届出書													