

見本

受付		入力	確認
パ 原 あ 笹 せ ケ 本 豊 富 千 区	/		

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

渋谷区長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者 ・ サ ー ビ ス を 受 け る 人 ・	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	申請日	年	月	日									
	フリガナ	シマヤ タロウ										個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
		渋谷 太郎										生年月日	XX 年XX 月XX 日											
		和暦・西暦を問いません。										性別	男・女											
	〒田川待1-1										電話番号03-1234-5678													
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	20XX 年 XX 月 XX 日 から 20XX 年 XX 月 XX 日																						
現在いる場所 (短期入所を除く) ※ 認定調査を行う場所	該当に○→() ※入院は病室番号も記入	() 自宅・施設・病院・その他() 上記住所と違う場合は住所等を記入 階 号室																						
	名称	調査を行う場所等を記入してください。																						
	住所等	電話番号																						

申請者氏名	渋谷 花子	本人との関係	妻
提出代行者名称 (代行の場合のみ記入)	ケアマネージャー等が申請を代行する場合は、この欄に記入してください。		
申請者又は提出代行者の住所	被保険者と申請者の住所が異なる場合や提出代行者が申請する場合はこの欄に住所等を記入してください。		

主治医 (かかりつけの医師)	ここに記載して頂いた主治医に意見書の記載を区より依頼します。区分変更を行う直接的原因に関する意見を記載できる医師を記入してください。概ね3か月以内に受診していない場合には、至急受診のうえ、主治医に介護保険の主治医意見書の依頼がくる旨お伝えください。
-------------------	--

第二号被保険者(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	第二号被保険者の方は必ず記入してください。また医療保険証のコピーの添付が必要になります。

認定調査日程等	フリガナ
連絡先 (ご本人様以外の場合にご記入ください。)	認定調査の日程の調整を本人以外にする場合には、必ず記入してください。また、立会の有無も記入をお願いします。
	電話番号
	本人との関係

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を、渋谷区から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービスセンター等に提示することに同意します。

内容を確認のうえ、必ずチェックをしてください。

同意します 同意しません