別記様式第３２号

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

野木町長　様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | 記 号 | | |  | | | | | | | 番 号 |  | | | | | | | 枝 番 | | |  | | |
| フ リ ガ ナ | |  | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | | | |
| 性 別 | |  | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護  認定結果等  ＊要介護 ・ 要支援更 新認定の場合のみ記入 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有 効 期 間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 介護保険施設の名所等  所在地  期　間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の名称等  所在地  期　間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称等  所在地  期　 間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有 ・ 無 | |
| 医療機関等の名称等  所在地  期 　間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | |
| 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 | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 特 定 疾 病 名 |  |

介護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に提示することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名