

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先)鴻巣市長

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											
	医療 保 険	保険者名										保険者番号										
		被保険者 記号・番号		記号								番号								枝番		
	フリガナ		-----								生年月日		明・大・昭 年 月 日									
	氏 名										性 別		男 ・ 女									
	住 所		〒 ー 電話番号 ()																			
	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									
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(介護予防)支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・提出代理人)																	
	住 所	〒 ー 電話番号 ()																	

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名							
	所 在 地	〒 ー 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、鴻巣市から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、地域密着型サービス事業者若しくは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。

また、作成された介護サービス計画又は介護予防サービス計画については主治医意見書を記載した医師、及び計画上位づけられたサービス事業者等に対して提示することに同意します。

本人氏名

調査立会い希望	有・無	連絡先	自宅・申請者・その他	サービスの緊急性	有・無
備考					

委 任 状

代理人・代行者

住 所 （事業所の場合：所在地、事業所名）

氏 名 （事業所の場合：担当者氏名）

私は上記の者を代理人・代行者と定め、

{	要介護（要支援）認定申請 介護保険の給付 各種証の再交付	}
---	------------------------------------	---

※委任する事項について、○をしてください

に関する一切の権限を委任します。 年 月 日

住 所

氏 名 印

（印は三文判、自署の場合は押印不要）

【職員 記入欄】

番号確認	本人申請	代理申請		担当者
	身元確認	代理権確認	代理人身元確認	
☐ 記入あり ＊確認した物 ☐ 通知カード ☐ 個人番号カード ☐ 住民票の写し等 ☐ その他 （ ） ☐ システム確認 ☐ 記入なし ☐ 職員記入 ☐ システム確認	* 1 点確認 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ その他 （ ）	*法定代理人 ☐ 戸籍謄本等 *任意代理人 ☐ 委任状 ☐ その他 ☐ 被保険者証 ☐ 負担割合証 ☐ 負担限度額認定証 ☐ 資格確認書 ☐ その他 （ ）	*家族申請 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ その他 （ ） *事業者申請 ☐ 介護支援専門員証 ☐ 包括職員証 ☐ 運転免許証 ☐ その他 （ ）	
	* 2 点確認 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 負担割合証 ☐ 負担限度額認定証 ☐ 資格確認書 ☐ その他 （ ）			確認日