

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先) 飯能市長
次のおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 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		明・大・昭		年		月		日		
	氏名										性別		男		・		女				
	住所										〒 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										
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・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、主治医意見書、飯能市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、飯能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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

1 連絡先について

連絡が必要となった場合に確認がとれる方の連絡先を記入してください。

フリガナ	-----	本人との		連絡先	
氏名		続柄		(携帯電話等)	

2 認定結果通知と介護保険被保険者証等の送付先について

介護福祉課から送付する書類を、住所地以外の場所へ送付を希望する場合は、「送付先変更届出書（介護保険）」の提出が必要です。

※既に送付先変更の届出をしている場合は、提出不要です。

※現在登録している送付先を変更や終了する場合にも、届出書を提出する必要があります。

3 ケアマネジャーを依頼していますか。

・いる(事業所名 ケアマネジャー名) ・いない

別紙「受付時状況確認票」とあわせてご提出をお願いします。

-----保 険 者 記 入 欄-----

証回収 ・ 紛失届 ・ 後日 受付者 ()