

介護保険（要介護変更認定・要支援変更認定）申請書

北島町長様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 北島町 電話番号		
	前回の要介護認定の結果 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	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	有効期間 年 月 日 から 年 月 日		
除 者	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	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	

申 請 者	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 電話番号		
提 出 代 行 者	氏名・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） (印)		
	住所	〒 電話番号		

主 治 医	主治医氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

※第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者記号番号	
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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、北島町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若しく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	調査	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（氏名 本人との関係）		
	連絡先	昼間連絡先		
	調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
名称・住所				

				来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 使者		
役場記載欄	個人番号確認	本人確認書類（顔写真の無い場合は2点）		代理権の確認		
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 医療被保険者証（ ）	<input type="checkbox"/> 委任状（任意代理人）		
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証		
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 介護保険支援専門員証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 住基等で確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	（ ）	（ ）		
<input type="checkbox"/> （ ）		（ ）				