

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

北見市長様
次のとおり申請します。

被 保 険 者 (申 請 者)	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
	フリカ`ナ		性別	申請年月日
	氏名		男・女	生年月日
	住所	電話番号		
	他法給付等の有無	1 労働災害等補償給付 2 公務災害補償給付 3 国家補償的給付 4 第三者行為等		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	要介護 1 2 3 4 5 経過的要介護	/ 要支援 1 2
	変更申請の理由	有効期間		
	過去6ヶ月間の介護保険施設医療機関等の入院入所(有・無)	①介護保険施設名 期間 年月日 ~ 年月日	②介護保険施設名 期間 年月日 ~ 年月日	

提 出 代 行 者 ・ 代 理 者	名称(該当に○)	地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設	
	代理者名	本人との関係	(印)
	住所	電話番号	

主 治 医	医療機関名	最近の受診(予定)日
	主治医の氏名	年月日
	所在地	電話番号

※第2号被保険者(40歳から64歳)の方は、医療保険証の写しを添付してください。

第 2 号 被 保 険 者	医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	本人・扶養
	特定疾病名	資格取得日(加入日)	年月日

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、介護保険施設等の関係人、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、ならびに介護サービス計画書を居宅介護支援事業所から北見市に提出することに同意します。

本人氏名

北見市使用欄

本人確認	来庁者	宛名番号	受付・入力	照合
①番・免・バ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 資格者本人			
②証・年金・児童・ パス・社員・学生 他()	<input type="checkbox"/> 他	備考	認定調査機関	
③ヒア	代理権確認手段	<input type="checkbox"/> 被保険者証		
		<input type="checkbox"/> 資格者証		
		保険料納付 未納 有・無		

