介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

（あて先）　五 條 市 長
次のとおり申請します。

申請年月日	年　　月　　日

申 請 者	提出代行者名称又は申請者氏名 ※事業者のみ押印	□ 指定居宅介護支援事業者　□ 地域密着型介護老人福祉施設 □ 指定介護老人福祉施設　□ 介護老人保健施設 □ 介護医療院　□ 地域包括支援センター 該当するものに「レ」を記入してください。
	【名称又は氏名】	印
	住所	※申請者が被保険者本人の場合、下記は記載不要 〒 電話番号：　　続柄：

被保険者	被保険者番号						
	医療保険 保険者名			保険者番号			
	医療保険 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	男　・　女		
	住　所	〒 電話番号					
	現在の要介護状態区分等	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 ～　年　月　日				
	変更申請の理由						
	介護保険施設・医療機関へ入所等の場合	入所施設名					
		所　在　地					

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		
	受診状況	通院中（最終受診日　令和　年　月　日頃）・　入院中		

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　※医療保険の被保険者証のコピーを添付してください。

特定疾病名	

介護サービス計画又は介護予防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個人情報の保護に関する法律に基づき同意書の提示がある場合、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者に提示することに同意します。また、主治医意見書を記載した医師から、要介護度等の提示依頼があれば、これを提示することに同意します。

本人氏名
（被保険者氏名）