

介護保険 要介護認定等区分変更申

提出される日付を記載してください。
郵送で提出の場合は、市が受理した日が
受付日となります。

(宛先) 吉川市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被	介護保険 被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号		
	医療 保険	保険者名	〇〇健康保険組合	保険者番号	〇〇〇〇〇〇
保	被保険者証	記号	〇〇〇-〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇
	フリガナ	ヨシカワ タロウ		生年月日	明・大・ 昭 〇〇年〇〇月〇〇日
險	氏名	吉川 太郎		性別	男 ・ 女
	住所	〒342-0000 電話番号 1. 自宅の電話番号 2. 日中に連絡が取れる電話番号 吉川市〇〇〇〇丁目▽▽番地〇〇 △△マンション〇〇〇号			
者	前回の要介護 認定の区分等	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			
者	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		
	有 ・ 無	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 〇年 〇月 〇日～〇年 〇月 〇日		
		〇〇〇総合病院 〇〇市〇〇1-2-3	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	吉川花子 (〇〇〇科)	医療機関名	〇〇〇総合病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇丁目〇〇番地〇〇 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		

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、吉川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 吉川太郎 吉川一郎 (長男代筆)