

様式第22号

狭山市介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先) 狭山市長

次のとおり申請します。

			申請年月日		年 月 日	
申請者氏名		生年月日	年 月 日		本人との関係	
提出代行者 名 称	該当に○ (地域包括支援センター・指定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・社会保険労務士・介護医療院)					
申請者住所	電話番号					
申請事由						

被 保 険 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											
		被保険者記号・番号	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																				
	要介護認定等 の結果等	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 から										年 月 日まで									
	介護保険施設等 入所の有無 ※短期入所を除く。	有・ 無	入院・入所施設名																			
		所 在 地																				

主 治 医	有	医療機関名		主治医の氏名	
	無	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

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、要支援認定の変更に係る調査内容、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、狭山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、介護保険施設並びに自立支援型地域ケア会議の関係人、主治医意見書を記入した医師、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

受 付 印		受 付 担 当 者	
-------------	--	-----------------------	--