介護保険　要介護（要支援）状態区分変更認定　申請書

羽咋市長　宛

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	
	氏名		性別	
	住所	〒 電話番号（　　）		
	日中連絡先 ※本人以外の場合	氏名　　本人との関係（　　） 自宅電話番号（　　） 調査時の立会い希望　□有　□無　携帯電話番号（　　）		
	調査場所 ※住所と異なる場合		調査希望曜日	都合が良い曜日や時間帯があれば○印してください。 月・火・水・木・金　午前・午後　特に希望なし
	前回の要介護認定の結果等	要支援　1・2　　要介護　1・2・3・4・5		
		有効期間　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日		
	変更申請の理由			
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 有・無	介護保険施設の名称・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	
		医療機関等の名称・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	
		医療機関等の名称・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	

↓家族の方が申請される場合は記入不要です。

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）
	住所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	電話番号（　　）		

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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
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、羽咋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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿