

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

千歳市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個人番号													
	医療保険 (写し添付)	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													
	氏 名											性 別													
	住 所	〒										電話番号													
	現在の要介護度 区分	要支援 1・2					要介護 1・2・3・4・5																		
	有効期間	年 月 日から										年 月 日まで													
	申請理由 (具体的に)																								
	過去6月間の 介護保険施 設、医療機 関等入院・入所 (短期入所を を除く。)	有(下の欄に記入) ・ 無																							
介護保険施設等の名称・所在地・入所期間																									
医療機関等の名称等・所在地・入院期間																									
介護補償給付等の受給の有無											有[介護給付決定通知書等の写し] ・ 無														

申 請 者	提出代行 者種別 事業所等 名称	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・介護医療院																		
	氏 名											本人と の関係								
	住 所	〒										電話番号								

主 治 医	氏 名						医療機関名														
	所在地	〒										電話番号									
	受診状況	か月に		回	最近の受診日(予定含む)					月	日										

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																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

裏も記入願います→

