

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

鹿児島県鹿児島郡三島村長 殿

次のとおり申請します。

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			
		被保険者証	記号			番号			枝番
	フリガナ				生年月日		年 月 日		
	氏 名				年 月 日				
	住 所		〒 鹿児島県		電話番号 () -				
	現在の 要介護認定等		現在の要介護認定 有効期間		要介護状態区分 1 2 3 4 5 年 月 日 ~		要支援状態区分 1 2 年 月 日		
	変更申請の理由								
	過去6ヶ月間の 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				
			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○（居宅介護支援事業所・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）	
	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 () -		直近の受診日		

調 査 に つ い て	フリガナ			本人と の関係		連絡先	
	連絡先氏名						
	立会の有無	<input type="checkbox"/> 有 (立会者:) <input type="checkbox"/> 無					
	調査先住所・ 名称						

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	
-------	--