

介護保険（要介護認定・要支援認定） 区分変更申請書

むつ市長様  
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	明・大・昭	年	月	日						
	氏名											性別	男	・	女							
	住所	〒										連絡先					-	-				
	前回の要介護認定の結果等	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									
	変更申請理由																					
介護保険施設 医療機関等 入院・入所の 有無	介護 保険 施設	入院・入所施設名																				
		所在地																				
	医療 機関	医療機関名・入所施設名																				
		所在地																				
有・無																						

提 出 代 行 者	名 称	該当する施設を○で囲んでください。 (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	〒														
		連絡先													-	-

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名						次回受診予定日	月	日
	所在地											連絡先					-	-		

第2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、むつ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

調査連絡先: 本人・提出代行者・その他( )  
結果送付先: 本人住所・事業所受取・その他( ) 代 筆