様式第 12 号(第 16 条関係)

※役所記入欄

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

杉戸町長　　様
次のとおり申請します。

※役所記入欄

保険証回収	済・調査時・紛失	資格者証	済 ・調査時	意見書依 頼	在宅	施設
					新規	継続
調査日	／　（　）　：		調査員:	依頼日	／	
		調査立会い	無・有	入力日	／	
		備　考				

＊太枠①～④を（③は該当の方のみ）記入して下さい
(④の文章をお読みいただき氏名を記入してください)

①

申請年月日	年　月　日		
申請者	氏名	（本人との続柄　　）	
	住所	(＊申請者が本人又は下記提出代行者の場合は記入不要)	
認定調査の日時を連絡させていただくための日中連絡が取れる電話番号	☎　（　）	（本人との続柄:　　氏名:　　）	

＊介護保険事業者が代行申請する場合のみ記入

提出代行者 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)
〒　　印
☎　（　）　担当 CM＿＿＿＿

②

被保険者（本人）				
	被保険者番号	／／／	生年月日	明・大・昭　年　月　日
	フリガナ			
	氏　名		性　別	男　・　女
	住所 電話番号	〒 ☎　（　）		
	現在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～　年　月　日		
	現在または 1 ヵ月以内に、本人が介護保険施設等に入所または医療機関に入院している場合は名称・所在地・期間を記入			
	名称・所在地		期間 年　月　日～　月　日	
	現在利用中の介護(予防)サービス	(記入例：ヘルパー 月･木の午前、デイサービス 火･土、ベッドレンタル、利用なし)		
	変更申請の理由			

主治医				
	医療機関名		主治医の氏名	
	所　在　地	〒 ☎　（　）		
	前回診察日：	次回診察予定日：		

＊第 2 号被保険者(**40 歳から 64 歳の医療保険加入者**)の場合は記入して下さい

③

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
医療保険者番号		特定疾病名	

④

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、杉戸町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、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　＿＿＿＿＿＿＿＿