介護保険　要介護認定変更申請書

飯　舘　村　長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和　　年　　月　　日
申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	該当に〇（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		
申請者住所	〒 電話番号		

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	〒 電話番号			
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分　　１　　２　　３　　４　　５			
		有効期間　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日			
	変更申請の理由				
	介護保険施設入所の有無（短期入所を除く）	有	入所施設名		
			所　在　地		
		無			

主　治　医	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、飯舘村が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、飯舘村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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活 支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名