別記様式４－２

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更　申請書

木古内町長　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	〒 電話番号		
	前回の要介護認定の結果等 ＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	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		
	変更申請の理由			
	過去6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	
		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	
	有　・　無	医療機関等の名称等・所在地	期間　年　月　日　～　年　月　日	

提出者代行	名　称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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） 印
	住　所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名		受診日（予定日）
	所　在　地	〒 電話番号			／

調査時等の連絡先・立ち会いについてご記入ください

連絡先	氏　名	認定を受ける人との関係（　　）	調査時の立ち会い
	住　所	〒 電話番号	希望する・希望しない

結果通知等の送付先について希望があればご記入ください（特に希望がない場合は、自宅へ送付します）

送付先	□　自宅へ　　□　上記の入院（入所）先へ　　□　上記の連絡先へ
	□　その他　（住　所：　　方へ送付　）

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

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、及び主治医意見書を、木古内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。また、変更申請にかかる要介護認定・要支援認定が、有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために３０日を超えてなお要する期間及びその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿