

受付番号

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先) 幸手市長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者 section containing fields for insurance numbers, names, addresses, and medical history.

申請者 section containing fields for applicant name, address, and representative.

主治医 section containing fields for doctor's name, address, and medical institution.

第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

Additional information section containing fields for specific diseases, survey date, and location.

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、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又は提供することに同意します。

介護保険料 収納状況 本人氏名 (代筆者氏名)