様式第12号（第8条第1項関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

美浜町長　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		
	医療保険 保険者名		保険者番号		
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番
	フリガナ		生年月日	年　月　日生	
	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　まで			
	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		

申請者氏名		本人との続柄	
申請者住所	〒 ※日中に連絡のとれる電話番号のご記入をお願いします。 （電話番号　　） （携帯番号　　）		
提出代行者名称	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・介護医療院）		

主治医	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

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、美浜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供することに同意します。

また、私の親族に同様の書類を提供することに同意します。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人との続柄　　）