

第11号様式(第7条第1項関係)

介護保険 要介護状態区分変更申請書

中頓別町長 様

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号									申請年月日	年 月 日
	フリガナ									生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名										性別
	住所	〒									
		電話番号									
險	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									
	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・医療機関等の名称等・所在地								期 間	
										年 月 日～ 年 月 日	
								年 月 日～ 年 月 日			
	有・無								年 月 日～ 年 月 日		

提出 代 行 者	名 称	該当に○(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
	住 所	〒										電話番号

主治医	主治医の氏名									医療機関名	
	所 在 地	〒									

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居宅介護支援事
業者、居宅サービス事業者、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。

本人氏名