

受付印

介護保険要介護・要支援認定区分 変更 申請書

大垣市長様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号											
	医 療 保 険	保険者名											保険者番号											
		被保険者 記号・番号	記号										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()		—									
	現在の認定		要介護 状態区分	要介護 1 2 3 4 5					要支援 1 2															
			有効期間	年 月 日 ~					年 月 日															
変更申請の理由																								
現在の状況		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 (名称:) (所在地:) 電話番号() —																						

つ け の 主 治 医 師	この認定申請されたことを主治医にお伝えください				
	医療機関名			主治医氏名	
	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	
-------	--

*事業所等が提出代行する場合のみ記入

提 出 代 行 者	名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院										
	所在地	〒										電話番号()

個人情報目的外利用・外部提供 同意書

○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、大垣市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、大垣市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。

○国民健康保険、後期高齢者医療保険その他の医療保険制度の医療保険情報(被保険者記号・番号等)を公簿等(個人番号を利用した情報連携を含む。)により確認することに同意します。

※本人が署名困難な場合、ご家族等が代筆者として記入してください。その場合、**本人と代筆者両方の署名をお願いします。**

本人署名

※本人確認欄 本・代・事・他()

代筆者署名 _____