様式第8号(第8条関係)

介護保険 要介護等状態区分変更申請書

(宛先)八潮市長
次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
提出代行者 名称 所在地	該当するものに○をしてください。 (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) 〒 電話番号　(　　)		

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			
	医療保険 被保険者証	記号		番号		枝番	
	フリガナ			生年月日	明・大・昭　年　月　日 (　　歳)		
	氏名			性別			
	住所	〒　― 八潮市		日中の連絡先 (　　)			
	現在の要介護状態区分等	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						
	介護保険施設医療機関等入院入所の有無(短期入所を除く。) 有・無	入院・入所施設名					
		所在地					

主治医	主治医の氏名 (診療科)	(　　科)	医療機関名	
	所在地	〒　―　　電話番号　(　　)		

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　※医療保険証の写しを添付してください。

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八潮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。

本人氏名

担当課使用欄

1号	2号	回収	資格者証	保険料	意見書	調査票	割当	在宅・特養・老健療養・その他