

受付

介護保険状態区分変更認定申請書

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

変更

(あて先) 加賀市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者情報表: 被保険者番号, 個人番号, 医療保険, 保険者名, 被保険者証, 記号, 番号, 枝番, フリガナ, 生年月日, 氏名, 性別, 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, 要支援状態区分, 有効期間, 変更申請の理由, 過去6か月間の介護保険施設・医療機関等入院所の有無, 特定疾病名

提出代行者情報: 事業者名称・代表者, 所在地, 電話番号

主治医情報: 氏名, 所属医療機関等の名称, 所在地, 電話番号

同意書: 介護サービス計画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、主治医意見書並びに加賀市が提供を受けた介護(予防)サービス計画及び居宅サービス事業者、介護保険施設又は地域包括支援センターが取得した心身の状況等の情報を、加賀市から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅(介護予防)サービス事業者、地域密着型(介護予防)サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、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(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。
被保険者本人署名, 代筆者氏名 (本人との関係)

市記入欄: 申請情報入力, 意見書読込, 意見書作成依頼, 訪問調査依頼, 訪問調査読込, 一次判定, 審査会割当, 判定結果送付, 保険証回収, 情報提供欄