

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

久留米市長 様 次のとおり申請します。

申請者 区分		コード		
-----------	--	-----	--	--

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		0 0 0		個人番号			
	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)			
	入院・入所の有無 (短期入所を除く)		入院・入所の 施設名					
	有 ・ 無		所在地		〒 —		(電話番号)	
	認知症		有 (軽 ・ 中 ・ 重) ・ 無					
現在の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5			要支援区分 1 2			
		有効期間 平成 年 月 日 ~			平成 年 月 日			
種類指定変更事項								
種類指定変更理由								

□ 提 出 代 行 者	名 称	(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)						印
	住 所	〒 —		(電話番号)				
□ 代 理 人	氏名		住所 〒 —					
	上記の者に、この申請に関することを委任します。							

主 治 医 ・ 指 定 医	医師の氏名	医療機関名 (診療科目)		()		前 回 申 請	医師の 氏名		
	所在地	〒 —		(電話番号)			医療 機関名	(電話番号)	

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみの記入

医療保険者番号			被保険者証記号番号		
医療保険者の名称			特定疾病名		

	氏 名	関 係	電 話 番 号
訪問調査時連絡先			
窓口に来た人			
調査時の留意点			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、久留米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

総合支所	田主丸	北野	城島	三渚
------	-----	----	----	----

C	耳納	千歳	高牟礼	上津	筑邦
---	----	----	-----	----	----

FAX

受 付 印 欄

原 課	受付 審査	コード 記載	調査 割振	調査 依頼日	申請 入力	入力 点検	被保険者 証回収	意見書 受領	送 達
			市・他					有・無	

個人 番号	個・通・住・シ・職 ()	本人 確認	介・CM・個・運・旅・障・保・年・聞 ()
----------	------------------	----------	---------------------------