

介護扶助 要介護（要支援）状態区分変更認定 申請書

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

介護扶助の要介護状態区分変更認定を受けたいので、次のとおり申請します。

介護扶助を受けようとする者	介護扶助受付番号 (被保険者番号)	H	個人番号		
	フリガナ		変更	本人が自宅以外にいる場合は居所を記入してください。	
	氏名		生年月日	昭 年 月 日	
			年齢	歳 性別 男・女	
	住所	(電話) -			
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分	要支援・1・2 要介護・1・2・3・4・5	認定日	年 月 日
	過去6月間の入院・入所の状況	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	期間	年 月 日 ~ 年 月 日

\*申請者が介護扶助を受けようとする本人の場合には、次の欄の記入は不要です。

申請者	氏名		電話	-
	住所		本人との関係	家族(続柄) ( ) その他( )

\*該当に○

提出代行者名称	指定居宅介護支援事業者	名称	(電話)	-
	地域密着型介護老人福祉施設		(担当ケアマネジャー)	
	指定介護老人福祉施設			
	介護老人保健施設			
	介護医療院			
	指定介護療養型医療施設			
				*認定調査の受託 可 ・ 不可

変更申請に至った状況及び認定調査の同席希望等

至変った申請状況に	調査実施場所	(電話)	-
	同席希望	無 ・ 有	氏名 (続柄) ( )
注調査事項の	連絡先	自宅	- 勤務先 -
		携帯	-

\*主治医意見書が添付されていれば、以下の主治医の欄は記載不要です。

主治医	氏名	医療機関名	
	所在地	(電話)	-

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・要支援認定に係る調査内容、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、地域密着型介護サービス事業者、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、介護保険施設の関係人、指定介護予防支援事業者、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ことに同意します。	介護扶助を受けようとする者氏名 (署名又は記名押印)
--	-------------------------------

\*以下は社会福祉事務所の記載欄です

受付区分	本庁	調査	事務連絡欄	生活支援課担当
1. 申請書受付日	内訳書確定	泉野		
2. 意見書回収日	意見書読込	元町		
3. 調査票回収日	調査票読込	駅西		
		専任		

確認欄	番号	番号カード・通知カード・住民票・端末・( )	代理	法定・委任状・本人発行	受付	入力
	本人	番号カード・運転免許証・障害者手帳・介護支援専門員証・保険証(介護・国保・後期高齢)・負担割合証・( )				