

介護保険

- 要支援認定(介→支) 要介護認定(支→介)
要支援変更認定(支2→支1) 要介護変更認定(介→介)

申請書

別記第5号様式
(第4条第1項、
第5条第1項関係)

(あて先) 函館市長
次のとおり申請します。

Form with fields: 本人/代理人/提出代行, 申請年月日, 代理人の氏名, 住所, 本人との関係, etc.

変更の理由

Form for recipient details: 被保険者番号, フリガナ氏名, 住所, 施設・病院等の名称, etc.

調査時等の連絡先・立ち会いについてご記入ください。

Contact information form: 氏名, 住所, 電話番号, etc.

結果通知等の送付先について希望があればご記入ください。(特に希望がない場合は、自宅へ送付します。)

Delivery preference form: 自宅へ, 上記の入院(入所)先へ, etc.

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、医療保険・該当する特定疾病の状況についてご記入ください。

Medical insurance details form: 医療保険者名, 医療保険被保険者証記号番号, etc.

次の項目について、いずれかの□にチェックをお願いします。

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、介護認定審査会による判定結果を主治医意見書を記載した医師に提示することに

- 同意する 同意しない

以下は記入の必要はありません

※事務処理欄

Table with 6 columns: 受付, 到着日, 調査依頼, 電算・意見書依頼, システム, 2号資格

受付印 (Seal area)