

記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

行田市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		
	医療 保険 証	保険者名	〇〇県後期高齢者医療広域連 合	保険者番号	3 9 1 1 1 2 4	
被 保 者	被保険者 証	記号	番号	1 2 4 5 6 7 8 3	枝番	
	フリガナ	ギョウダ 太郎		生年月日	明・大・昭	〇年 〇月 〇日
被 保 者	氏名	行田 太郎		性別	男	女
	住所	〒361-0000 行田市本丸〇-〇 電話番号 556-1111				
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 ②		
	有効期限	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 〇年 〇月 〇日				
変 更 申 請 の 理 由	※前回申請時と比べて著しく変化していると思われる点を具体的に記入してください。 (例) 以前に比べて足運びが悪化し、移動時に杖や歩行器が必要になった。 以前に比べて物忘れが激しくなり、日常生活に見守りが必要となった。等					
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地	※介護保険施設に入所または医療機関に入 院している場合に記入してください。			期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	〇〇病院			期間	〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日

申 請 者 (立 会 者)	氏名	行田 〇子	※訪問調査時に立ち会う人	本人との関係	子の妻
	住所	行田市〇〇 △-△		電話番号	556-1234

提 出 代 行 者	名 称	該当に〇 (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) ※事業者、施設職員が申請する場合			
	住 所	〒 電話番号			

主 治 医	主治医の氏名	埼玉 〇男	医療機関名	〇〇病院	申請後受診日
	所在地	〒361-0000 行田市〇〇×-×-× ※診察を受けている医師名等を記入 してください。 電話番号 123-1234			〇月〇日

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。〇〇市(町村)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。

介護保険サービス利用日  
日 月 火 水 木 金 土

本人氏名