

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

記入例

富岡町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年△△月□□日

1

2

介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

医療 保険	保険者名											保険者番号																					
	被保険者 記号・番号	記号											番号											枝番									

6

フリガナ	ヨノモリ タロウ										生年月日	昭和〇〇年△△月□□日									
氏名	夜森 太郎										性別										

3

住所	富岡町大字〇〇字△△××番地										電話番号	0000-00-0000									
----	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

前回の要介護 認定の結果等	要介護2										有効期限	令和〇〇年△月□日 から 令和〇〇年△月□日									
------------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変更申請の 理由	※申請の理由を詳しくご記入ください									
-------------	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	介護保険施設□□ホーム 〇〇町大字△△字××										期間	令和〇〇年△月□日 ～令和〇〇年△月□日									
	介護保険施設等の名称等・所在地											期間	～									
	医療機関等の名称等・所在地											期間	～									
	有	医療機関等の名称等・所在地											期間	～								

4

提出代行者	名称	該当に○ (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・介護医療院)																			
	住所	〒										電話番号									

主治医	主治医の氏名	〇〇△△ 医師										医療機関名	□□病院									
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇										電話番号	□□町大字〇〇字△△××番地 0000-00-0000									

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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、富岡町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 夜森 太郎

# 訪問調査の参考にいたしますのでご記入ください

※在宅の方はこちらにご記入ください

[在宅の方]

被保険者氏名 夜森 太郎

1. ご希望の訪問調査実施場所（避難先住所等）をご記入ください。

〇〇市大字△△字□□××番地

2. 訪問日程を調整するための連絡先をご記入ください。

氏名 夜森 花子 続柄 妻

電話番号 〇〇〇-××××-□□□□

調査時の家族等同席  可  不可

3. 訪問調査にあたり、不都合な曜日・時間帯等がありましたらご記入ください。  
(例) 月・木 デイサービス

水・木 午前中

※施設入所・入院中の方はこちらにご記入ください

[施設入所・病院入院中の方]

被保険者名 夜森 太郎

1. 施設名または病院名をご記入ください。

□□病院

電話番号 〇〇〇-××××-□□□□

入所・入院期間 RO.△ ~ (退院予定日)

※退院の予定がある場合にご記入ください。

2. 訪問調査にあたり、家族等の同席を希望しますか。

希望する  希望しない

希望する場合は連絡先をご記入ください。

氏名 夜森 花子 続柄 妻

電話番号 〇〇〇-××××-□□□□

現在利用中の介護サービス、今後の希望介護サービス、希望理由を簡単に記入してください。

例) 現在〇〇の状況で、△△△△のサービスを増やしたい

**1 介護保険被保険者番号**

介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記入してください。

わからなければ空欄でも構いません。

**2 個人番号**

マイナンバーカードに記載されている個人番号を記入してください。

わからなければ空欄でも構いません。

**3 住所**

住民票に記載されている住所を記入してください。

**4 提出代行者**

申請をする被保険者ではない者が代理で申請書を提出する場合は記入してください。

**5 署名**

申請をする被保険者の氏名を記入してください。※印字不可

本人が署名を行えない場合は、代筆でも構いません。

**6 第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）**

申請者が第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の場合は、医療保険欄と特定疾病名を記入してください。