

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更

記入例

あきる野市
次のとおり

①介護保険証の番号・個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

②申請日をご記入ください。

◎ 介護保険初回申請者(介護保険証を添付してください。(40歳から64歳の新規申請者を除く))

被 保 者	被保険者番号	0000123456	申請日	令和〇年〇月〇日
	個人番号	1234 5678 9012	生年月日	明・大(昭)98年7月6日
	フリガナ	アキルノ タロウ		
	氏名	あきる野 太郎	③氏名・生年月日・性別・住所・電話番号をご記入ください。	男・女
	住所	〒197-0814 あきる野市二宮350	電話番号	042 (558) 1111
変 更 理 由	前回の介護認定結果	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
	変更申請理由	④変更理由を記入してください。 骨折し入院。長期の入院によりADL低下し介助量が増加したため。 ⑤6か月以内の入院や施設入所の有無をご記入ください。 入院や施設に入所している場合、「有」にマルをつけ、		
者	過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入所・入院の有・無(短期入所を除く)	有	名称	〇〇病院
		無	所在地	あきる野市〇〇
主 治 医	医療機関名	〇〇病院	主治医	あきる野 一郎
	診療科目名	内科	直近の受診日	令和〇年〇月〇日
	所在地	〒197-0814 あきる野市〇〇〇	電話番号	042 (558) 0123
提 出 代 行 者	名称	※該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)		印
	住所	※施設等で代行する場合、記入及び押印してください。		

⑥主治医と病院についてご記入ください。

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

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	※40歳~64歳の方のみ記入ください。

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、あきる野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、主治医に提出することにより、要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5の認定結果を伝えることとなります。

⑦氏名をご記入ください。

※代筆の場合、代筆者の氏名もご記入ください。

本人氏名 あきる野 太郎 (代筆者氏名) あきる野 花子

◎認定調査に立ち会いされる方の連絡先を記入してください。

住所 同上
氏名 あきる野 花子
電話 同上、090-0123-4567

⑧立会いされる方の連絡先を記入してください。

※立会いが施設職員の場合も必ずご記入ください。

本人との関係 妻

事務局使用欄	受付者	案内	保険証	申請	意見書	認定調査	備考
		①	※裏面のアンケートもご記入ください。				
		②+意見書	未回収				