

記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

越谷市長
次のとおり

被保険者証の10桁の番号を
記入してください。

申請年月日

〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号																							
	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		
	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇										生年月日	明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日													
	氏 名	〇〇 〇〇										性 別														
	住 所	〒 3 4 3 - 〇〇〇〇										電話番号	000-1234-5678													
		埼玉県越谷市〇〇△丁目□□番地																								
		要介護状態区分 ① 2 3 4 5										要支援状態区分														
者	有効期間	〇〇年〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日																								
	変更申請の 理由	〇〇〇〇〇〇のため。（例：介護量が増加、疾病により状態悪化 等）																								
	介護保険施設の名称等・所在地											期間	年	月	日	～	年	月	日							
	医療機関入院中・施設入所中の場合は、 「有」とし、名称及び期間を記入してください。											期間	年	月	日	～	年	月	日							
有・無	医療機関等の名称等・所在地	〇〇〇〇病院										期間	〇年〇〇月〇〇日	～	年	月	日									
	医療機関等の名称等・所在地											期間	年	月	日	～	年	月	日							

日中に連絡の
とれる番号を
記入してください。

現在の要介護状態区分と
有効期間を記入して
ください。

意見書を記入いただく主治医の氏名は
フルネームで記入してください。

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）																					
	〒																						
主 治 医	氏 名	□□ □□										医療機関名	〇〇〇〇病院										
	所 在 地	〒 3 4 3 - 〇〇〇〇										埼玉県越谷市〇〇△丁目□□番地								電話番号	012-3456-7890		

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

- 三親等以内の親族から請求があったときは、要介護認定・要支援認定に係る個人情報をご提供することに同意します。
- 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、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、主治医意見書、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、地域密着型介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型介護支援事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤利用で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人（被保険者）が記入できない場合は、
ご家族等が代筆してください。

本人氏名

〇〇 〇〇

受 付 者	対 象 者 コ ー ド 番 号										入力者	調査票	意見書	資格証	被保証	その他
	2	0			0	0	0									

在宅 ・ 施設 / 新規 ・ 継続

診断命令

(□の部分は該当する項目に「レ」を記す)

立 会 者 ☒いる ☐いない

本人との関係 ☒同居家族 ☐子 ☐兄弟姉妹 ☐親戚
☐知人 ☐ケアマネジャー ☐その他()

※立会者の情報は、認定調査を実施する居宅介護支援事業者等にお伝えすることがございます。ご了承ください。

転出元自治体（市町村）名[

(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)

「はい」の場合、 申請日 年 月 日

ご記入ありがとうございました。