



介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院) 印		
申請者住所	〒 - 電話番号 ()		

被 保 者	被保険者番号											個人番号 (マイナンバー)																			
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日																		
	氏名											性別																			
	住所	〒										電話番号 ()																			
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					有効期間 年 月 日から 年 月 日まで																			
	変更申請理由																														
	介護保険施設等 入所入院の有無	有	入所(入院)施設名										所在地										期間 年 月 日 ~ 年 月 日								
	無																														

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒 -										電話番号 ()										

2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											保険者番号											保険種別											記号番号										
特定疾病名											資格取得日	昭・平・令 年 月 日																															

- 三親等以内の親族から請求があったときは、要介護認定・要支援認定にかかる個人情報をこの親族に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、及び主治医意見書を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、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 _____

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	1	0	0	0										

在宅 ・ 施設 / 新規 ・ 継続

診断命令

申請後、調査員がご自宅を訪問し、心身の状態などについて調査を行います。

訪問調査時に立ち会っていただける方について伺います。

(□の部分は該当する項目に「レ」を記入してください。)

立会者 いる いない

立会者氏名 _____

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

日中連絡がとれる電話番号

① () 自宅 携帯 その他()

② () 自宅 携帯 その他()