

# 記入例 (変更)

## 介護保険 要介護認定区分変更申請書

施設・事業者等が代行申請する場合は、この欄に、事業者等の名称を記入し、右の欄の該当するものに○をお願いします。※施設・事業所の印を忘れずに。

吉岡町長 様

次のとおり申請

窓口で申請書を提出される方の氏名・本人との関係・住所・電話番号を記入して下さい。

申請者氏名	吉岡 一郎	本人との関係	長男
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)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) 印		
申請者住所	〒370-3608 吉岡町下野田560 電話番号 0279 ( 54 ) 3111		

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号	1 0 3 4 5 △ △ △ ◇ ◇	個人番号	個人番号(マイナンバー)を記入してください
フリガナ	ヨシオカ タロウ	生年月日	
氏名	吉岡 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒 370-3608 吉岡町下野田560番地 電話番号 ( 54 ) 3111		
現在の要介護状態区分等	要介護状態区分 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 経過的要介護	要支援状態区分 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>	
有効期間	××年××月××日から ××年××月××日		
変更申請の理由	骨折で入院し、歩行困難となり、著しく心身の状態が悪化したため		
現在、入院・入所している施設 (短期入所も含む)	施設名(病院・介護保険施設等の名称) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 病院	現在、入院・入所中の方は、左欄の有に○、この欄に施設名・所在地、下欄におよその期間を記入して下さい。	
	所在地 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 市 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 町 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 区 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 支庁		
<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	入院・入所期間	△年△月△日から 年 月 日 <input checked="" type="radio"/> 当分の間	

介護保険証に記載されている情報を記入してください。

訪問調査の日程調整をしますので、必ず連絡の付く電話番号を記入し

区分変更申請をする理由を、できるだけ詳しく記入してください。

現在、入院・入所中の方は、左欄の有に○、この欄に施設名・所在地、下欄におよその期間を記入して下さい。

主治医	主治医の氏名 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	医療機関名 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 病院
	所在地 〒370-××●● <input type="radio"/> <input type="radio"/> 市 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 町 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 区 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 支庁	電話番号 027 ( )

役場から認定審査に必要な書類を依頼するため、必ず記入し、近日中の受診をお願いします。

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	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

40歳から64歳の方は、こちらに必要事項を記入して下さい。

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、及び主治医意見を吉岡町から地域包括支援センター(支庁)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

代筆の場合は、代筆者の氏名

上記に同意することを承認し、被保険者本人が記入して下さい。  
※本人の記入が不可能な場合は、本人同意のうえで親族が代筆をして下さい。**親族不在の場合に限り、介護支援専門員の代筆も可とし、同意の意思表示として本人書名欄に押印をして下さい。**

本人氏名 吉岡 太郎 (代筆 吉岡一郎)

調査立会い希望  有  無 連絡先  自宅  申請者  その他 サービスの緊急性  有  無

備考	
----	--