

色のついている部分は必ずご記入ください。(あらかじめ印字されている場合もございます。)

記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先) 印西市長

次のとおり申請します。

申請年月日 △年 ○月 ×日

医療保険の欄は被保険者様の健康保険の資格情報を記入してください。

過去6カ月以内に入院・入所した介護保険施設(上2段)、医療機関(下2段)を記入してください。

申請に関する問い合わせ先となります。本人に代わって申請書を提出する場合に、提出する方の情報を記載してください。
なお、本人が申請する場合は、記載は不要です。

介護保険被保険者番号	個人番号	
医療保険	保険者名	〇〇健康保険組合
	被保険者	記号 22222 番号 33333 枝番 1
フリガナ	インザイ タロウ	生年月日 昭和4年5月6日
氏名	印西 太郎	性別 男
住所	〒270-1300 印西市大森××× 電話番号 0476-〇〇-〇〇〇〇	
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 ① 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
	有効期限 令和〇年〇月〇日から令和△年△月△日	
変更申請の理由	大腿骨骨折のリハビリで入院中。入院生活の中で認知機能の低下も進む。※申請に至ったお体の状態などについて簡潔にご記載ください。	
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院・入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間 〇年〇月〇日 ~ ×年×月上旬日
	①・無	医療機関等の名称等・所在地

提出代行者の名称	該当に〇(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)	
	印旛 花子 (子)	
提出代行者の住所	〒 同上 電話番号 0476-〇〇-〇〇〇〇	

主治医	主治医の氏名	本埜 先生	医療機関名	〇×病院
	所在地	〒 印西市木下×××	電話番号 0476-〇〇-〇〇〇〇	

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	
-------	--

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、印西市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、印西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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医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経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名 印西 太郎

40歳~64歳の方はこちらに特定疾病をご記入ください。

最近のご本人様の状態をよくご存じの主治医をご記入ください。ご記入いただいた主治医に意見書の作成を依頼します。

被保険者氏名をご記入ください。代筆でも構いません。