

記入例
(直接申請)

介護保険要介護・要支援認定区分変更申請書

受付印

大分市長 殿
次のとおり申請します。

申請年月日 平成00年00月00日

申請者	氏名	介護 花子	被保険者との関係	妻
	住所	〒 870 - 9999 大分市 町 番号	電話番号	097 (999) 9999

提出代行者のみ記入してください。

提出代行者	名称	該当に をしてください。 (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・地域密着型介護老人福祉施設)	印	担当者()
	住所	〒	電話番号	訪問調査の際の連絡先を記入し、立会い希望の有無を してください。

**記入不要
(代行申請のみ記入)**

訪問調査の際の連絡先を記入してください。被保険者本人に連絡が可能な場合は、(連絡先については、できる限り日中に連絡が可能な電話番号を記入してください。)

氏名	介護 花子	関係(妻)	連絡先	090 (9999) 9999	立会い希望	<input checked="" type="radio"/> 有・無
----	-------	-------	-----	-------------------	-------	--------------------------------------

被保険者	被保険者番号	0000999999	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	明・大・昭99年99月99日
	氏名	介護 太郎	住所	〒 870 - 9999 大分市 町 番号 電話番号 097 (999) 9999
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
	変更申請の理由	どこに変更が生じたか具体的に記入してください。		
	施設利用の有無 (短期入所を除く)	該当に をしてください。(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(医療機関)その他の施設)	施設利用の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無 (「有」の人は右側を記入してください。)

自宅外にいる場合は「有」を選び、入所施設名・所在地・電話番号を記入してください。

主治医	医師の氏名	大分 一郎	医療機関名	病院
	所在地	〒 870 - 0000 大分市 町 番号	電話番号	

医師の氏名(フルネーム)、医療機関名、所在地は必ず記入してください。

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

医療保険者名	大分市	医療保険被保険者証記号番号	000 - 0000
特定疾病名	脳血管疾患		

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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介護認定審査会による判定結果を、大分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、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設の係り人及び主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名 介護 太郎 代筆 介護 花子

本人が記載できない場合は代筆者の氏名を記載してください。

チェック欄(記入しないでください)		
電算入力	入力チェック	再交付