

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請

記入例

琴平町長様  
次のとおり申請します。

認定調査の日程調整等のご連絡をいたします。  
日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	0 1 2 3 4			
	フリガナ	コヒラ タロウ		生年月日	明 5 年 5 月 5 日
	氏名	琴平 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	住所	〒 766-0004 琴平町榎井817番地10		電話番号	0877-75-6706 090-〇〇〇〇-△△△△(次男)
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 <input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
		有効期限	平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 元年 7 月 1 日 から 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 2 年 6 月 30 日		
変更申請の理由	脳梗塞で入院し、本人の状態が以前より悪化したため。				
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地	〇〇〇病院		期間	元年10月 1日～元年1月 10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	年 月 日～年 月 日
	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地			期間

提 出 代 行 者	名 称	複数の病院についている方は、現在の身体の状態を一番よく知っている医療機関名および医師の氏名を記入してください。	
	住 所		

主 治 医	主治医の氏名	五條 次郎	医療機関名	〇〇〇病院
	所在地	〒 766-0004 琴平町榎井817番地9 電話番号 0877-75-6700		

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

被保険者の同意があれば代筆可です。  
代筆の場合は、代筆者の署名と続柄の記入をお願いします。

医療保険被保険者証 記号番号	
個人情報に関する同意書欄です。	

介護サービス計画の作成等を行うに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、介護認定による判定結果・意見、及び主治医意見書を。琴平町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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した医師又は認定調査に当たった調査員に提示することに同意します。

本人氏名 琴平 太郎 代筆者氏名（続柄） 榎井 三郎 （次男）