

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

記入例

琴平町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

介護保険 被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
医療 保険	保険者名										保険者番号												
	被保険者証	記号								番号					枝番								
被 保 者	フリガナ	コトヒラ タロウ									生年月日	明・大 <b>昭</b> 7年7月7日											
	氏名	<b>琴平 太郎</b>									性別	<b>男</b> ・ 女											
	住所	〒766-8502 <b>琴平町榎井 817-10</b>									日中に連絡のとれる番号を記入ください。 電話番号 <b>0877-75-6706</b>												
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	要介護状態区分	1	2	<b>3</b>	4	5	要支援状態区分					1	2										
	有効期限	平成・ <b>令和</b> 1年1月1日から令和 2年1月1日																					
変更申請の理由	<b>転倒により、歩行が困難になったため。</b>																						
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										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	<b>〇〇病院</b>									期間	<b>2年1月1日～2年2月1日</b>											
	<b>有</b> ・ 無	医療機関等の名称等・所在地										期間	年 月 日～年 月 日										

提 出 代 行 者	名称	該当に○（地域包括ケア施設、介護施設、医療機関等）																				
	住所	〒																				

複数の病院についている方は、現在の身体の状況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ください。

主 治 医	主治医の氏名	<b>五條 次郎</b>									医療機関名	<b>〇〇〇病院</b>										
	所在地	〒766-8502 <b>琴平町榎井 817-10</b>									電話番号 <b>0877-75-6706</b>											

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。

のみ記入

個人情報に関する同意書欄です。

ために必要があるときは、要介護認定・要支援認定意見、及び主治医意見書を、琴平町から地域包括ケアセンター、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従事し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）

（ ）