

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

琴平町長 様
次のおり申請します。

申請年月日 令和 8 年 4

記入例

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	〇〇健康保険組合／琴平町		
	被保険者証	記号	〇〇〇〇〇〇〇	
被 保 者	フリガナ	コトヒラ タロウ	生年月日	
	氏名	琴平 太郎	明・大 昭 7年7月7日	
保 険 者	住所	〒766-8502	性別	
		琴平町榎井 817-10	男 ・ 女	
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	
	有効期限	平成・令和 8年1月1日から令和 11年12月31日		
	変更申請の理由	転倒により、歩行が困難になったため。		
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	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	〇〇病院	期間	7年10月1日～8年2月1日
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日

日中に連絡のとれる番号を記入ください。
電話番号 0877-75-6706

提 出 代 行 者	名称	該当に○（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）
	住所	〒 〇〇〇〇〇〇〇 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。 ※申請の前に、事前に医師に意見書の依頼をお願いします。

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 817-10 電話番号 0877-75-6706		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険）

特定疾病名	
-------	--

個人情報に関する同意書欄です。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。
※介護サービスに必要な情報を必要な範囲で電子的に関係者間で共有することの同意欄になります。

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護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 琴平 太郎 代筆者氏名（続柄） 琴平 花子 （妻）