

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

満64歳以下の方は記入が必要です。

この日が認定の開始日になります。

申請年月日 R8年 〇月 〇日

保険番号	0001234567	個人番号	
医療保険者名		保険者番号	
被保険者記号・番号	記号	番号	枝番
フリガナ	アヅミノ イチロウ		
氏名	安曇野 一郎		生年月日 昭和〇年〇月〇日
			性別 男
住所	〒399-8281 安曇野市豊科6000番地		電話番号 0263-71-2000
前回の要介護認定の結果等	要介護1 有効期限 R8年〇月〇日 から R9年〇月〇日		
変更申請の理由	認知症が進行し、状態が悪化したため。		
過去6月間の介護保険施設、医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	
	介護老人保健施設 ◎◎◎	R7年〇月〇〇日~R8	
	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	~
	医療機関等の名称等・所在地	期間	R8年〇月〇〇日~
	医療機関等の名称等・所在地	期間	~

今お持ちの介護度と有効期間を
ご記入ください。

区分変更申請する理由(対象者
のお身体の状態の変化など)を
ご記入ください。

提出代行者

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)

この欄は、ご本人やご家族の方が申請される場合、記入の必要はありません。

電話番号

主治医	主治医の氏名	〇〇 ΔΔ	医療機関名	〇×クリニック
	所在地	〒399-8281 安曇野市豊科6000番地 電話番号 0263-71-2000		

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	
-------	--

介護予防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
会による判定結果・意見、主治医
がに居宅サービス事業者又は介護保
ンター、居宅介護支援事業者、居
者、介護予防サービス事業者若し
護予防サービス事業者若し
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

対象者ご本人の署名をお願いします。
署名できない場合は、後ろに代筆者の名前を
お書きください。

本人氏名 安曇野 一郎(代筆 安曇野 花子)

※事務処理欄

調査員 訪問日 資格確認 申請入力 保険証回収 資格者証 意見書請求 意見書照合 広域送信