

**記入例
区分変更**

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

木海村長様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 4 年 4 月 1 日

| | | | |
|---------------------------|---|-------|-------------------|
| 被保険者番号 | 0000077777 | 個人番号 | |
| 医療保険 | 保険者名 | 保険者番号 | |
| | 被保険者証 | 記号 | 番号 枝番 |
| フリガナ | ムラノ イモジ | 生年月日 | 昭和10年 4月 1日 |
| 氏名 | 村野 芽治 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒319-1192 東海村東海3-7-1 電話番号029-282-1711 次女 □□■ 090-0000-0000 | | |
| 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 1 2 有効期限 令和 2 年 9 月 1 日 から 令和 4 年 8 月 31 日 | | |
| 変更申請の理由 | 前回と比べて一人で起き上がることができなくなり、移動も車椅子だが、筋力が落ちて自分で操作できない。 | | |
| 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 | 期間 | 3年12月2日 ~ 4年2月20日 |
| | イモクリニック | 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 有 ・ 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・介護医療院) おいもケアプランセンター |
| | 住所 | 〒319-1192 東海村舟石川駅東三丁目9番33号 電話番号 029-282-2797 |

| | | | | |
|-----|--------|--------|-------|---------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 茅畑 豊作 | 医療機関名 | イモクリニック |
| | 所在地 | 〒東海村東海 | 電話番号 | |

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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、東海村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 **村野 芽治** 代筆 **村野 良芽**

要介護1~5の方が、状態が変わった場合に提出するための様式です。要支援の認定を受けている人が、要介護認定の申請をする場合は、新規申請になります。

申請日(窓口提出日)を記入してください。

医療保険証の情報を記入してください。

本人の氏名、生年月日、性別、住所、電話番号を記入してください。

調査員が日程調整の連絡をしますので、日程調整先が異なる場合は、余白に日程調整先の氏名、電話番号を記入してください。

過去に認定を受けていた場合は、区分と有効期間を記入してください。

前回認定時と比べてどのように変化したか等、心身の状態を具体的に記入してください。

特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設(介護医療院)に入所(入院)している場合は、その施設名と期間をご記入ください。

医療機関に入院している場合は、入院先の医療機関名と期間を記入してください。調査を病院で行う場合は、病棟名もご記入下さい。

事業所や施設で提出代行した場合は、事業所名・住所・電話番号を記入してください(押印不要)。※本人や家族が提出する場合は記載不要。

主治医意見書を依頼するため、かかりつけ医について記入してください。※所在地、電話番号は、分かる範囲で可。県内の場合は記載不要

40歳から64歳で、特定疾病に該当する方のみ、特定疾病名を記入してください。

個人情報提供の同意欄になるため、原則本人が署名。代筆の場合は、本人氏名と代筆者氏名を記載