

記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

木曾広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和8年4月1日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号												
	医療 保険	保険者名	被保険者 記号・番号	記号	番号	個人番号(マイナンバー)は、 記入不要です。									
	フリガナ	コウイキ タロウ			生年月日	昭和7年10月6日									
	氏名	広域 太郎			性別	男 ・ 女									
	住所	〒399-6101 木曾郡木曾町日義4898番地37			電話番号	0264-23-1050									
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	1・ <input checked="" type="checkbox"/> 2	前回の認定結果の情報をご記入ください。											
		有効期限	令和6年10月1日から 令和8年9月30日												
	変更申請の 理由	転倒し腰椎圧迫骨折により歩行が困難となった。入院中に認知症状が悪化し、 歩行や、生活動作に介助が必要となったため。													
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	変更申請の理由をご記入ください。 年 月 日～ 年 月 日													
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地			期間	入院・入所中の場合は、有に○をしてご記入ください。 日									
	〇〇〇〇病院 (〇〇〇町□□□□番地)			期間	令和7年10月6日～令和8年3月1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・介護医療院)									
	住所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇 医師	医療機関名	〇〇〇〇病院						
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇町□□□□番地 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇								

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に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

40歳から64歳の医療保険加入者の場合は、特定疾病名をご記入ください。

が取得した心身の状況等の情報を、木曾広域連合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、地域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密着型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又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經由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人が署名できない場合は、代筆者の署名をお願いいたします。

本人氏名 広域 太郎

代筆者氏名 広域 次郎(長男)