

記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

受付印

(宛先) 知多北部広域連合長

次のとおり申請します。

※介護保険被保険者証を添えて提出してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------|--|----------------------------|------|-------------------------|---------------------|-------------|-------------------|---|----|------|--------------|--|
| 被 保 険 者 (認定を受ける方) | 申請年月日 | 〇〇年 8月 6日 | | 個人番号 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 2 3 | | | | | | | | |
| | フリガナ | コウイキ タロウ | | | 被保険者番号 | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 | | | | | | | |
| | 氏名 | 広域 太郎 | | | 生年月日 | 大正 | 12年 3月 4日 | | | 性別 | 男・女 | | |
| | 住所 | 〒477-0000 東海市〇〇町〇〇番地 | | | | | | 電話番号 052-000-0000 | | | | | |
| | 医療保険 | 保険者名 | ※健康保険証を提示してください。 東海市国民健康保険 | | | 保険者番号 | 2 3 0 2 3 5 | | | | | | |
| | | 被保険者証記号 | 番号 | | | 1 2 3 4 5 6 | | | 枝番 | 00 | | | |
| | 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 | | | | | | | |
| | 変更申請の理由 | 前回の認定時より状態が <input checked="" type="checkbox"/> 悪化した <input type="checkbox"/> 改善した 理由 () | | | | | | | | | | | |
| | 現在の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所・医療機関入院等 施設名等 () | | | | | | | | | | | |
| | 調査希望場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(施設名等) () | | | | | | | | | | | |
| 調査同席者 | フリガナ | コウイキ ハナコ | | | 被保険者との関係 | 妻 | | | | | 電話番号 | 052-000-0000 | |
| 主治医 | 医療機関名 | | | | | | | 施設入所の方のみ | <input type="checkbox"/> 嘱託医 <input type="checkbox"/> 嘱託医以外 | | | | |
| | 医師名 | 普段通院しているかかりつけ医がない場合は、介護保険申請の為の書類を、記入して欲しいと希望する医師を記入してください。 | | | | | | 近の受診日 | 年 月 日 | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | 電話番号 | | | | | |
| 主治医がない場合(指定医) | | 連合クリニック 介護 松司 | | | | | | | | | | | |

※申請者欄は、被保険者本人が申請する場合は記入不要です。

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------------|---|--|--|--|--|--|------|--|--|--|
| 申 請 者 | 該当する項目の□にレ点をつけてください。 | <input type="checkbox"/> 家族(被保険者との関係:) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | この欄は、被保険者本人が申請する場合は、記入不要です。 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | 電話番号 | | | |

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険証を提示してください。

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特定疾病名 | <input type="checkbox"/> がん(がん末期) <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 | | | | | | | | | |
| | この欄は、被保険者が40歳から64歳の場合に記入してください。 | | | | | | | | | |

裏面あり

| | | | |
|-------|--|--------------|------------|
| 同意署名欄 | <p>情報提供の同意・・・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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、知多北部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、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。</p> <p>(本人が署名できないため、署名を代筆する場合には、代筆者の氏名も併せてご記入ください。)</p> | | |
| | 被保険者署名 | 広域 太郎 | 代筆者氏名 |
| | | | (被保険者との関係) |

被保険者以外が申請する場合は、代筆者の氏名と続き柄を記入してください。

* 事務処理欄

| 被保険者証 | 番号確認 | 身元確認 | | 代理権の確認 |
|---|---|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード | <input type="checkbox"/> 介護保険証 | <input type="checkbox"/> 委任状 |
| 資格者証 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード | ¹ 点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 | ² 点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 |
| <input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 未発行 | | | | 1点 |
| 健康保険証 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> コピー <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> 口頭 | | | | |

この欄は、事務処理欄になりますので、空欄のままご提出ください。

| | | |
|----|----|-----|
| 課長 | 係長 | 受付者 |
| | | |