

記 入 例

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

(宛先) 中央区長 様
次のとおり申請します。

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	申請年月日	令和 年 月 日	
医療 保 険	保険者名	〇〇〇〇	保険者番号	000000
	被保険者証	記号 00-00	番号	0000 枝番 00
被 保 険 者	フリガナ	チュウオウ ハナコ	個人番号	
	氏名	中央 花子	生年月日	大(昭) 〇〇年〇〇月〇〇日
		性別	男	女
住所	〒104-8404 中央区築地1丁目1番1号 電話番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇			
調査先住所	電話番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇			
連絡先氏名	〇〇〇〇 (長男) 電話番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇			
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等 *要介護・要支援 更新認定申請の 場合のみ記入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
	有効期間	〇〇年〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日 まで		
変更申請の理由 *要介護・要支援 変更申請の場合 のみ記入	④			
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	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)		
	住所	〒 電話番号		

主治医	主治医の氏名	〇 〇 〇 〇	医療機関名	〇 〇 病院
	所在地	〒 電話番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇		

2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かあるときは、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、中央区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。

区 処 理 欄	課長	係長	入力	受付

本人氏名(署名) ⑨ 中央 花子

① 医療保険証に記載されている保険者名等を記入してください。
(後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方は裏面を参考にご記入ください。)
64歳以下の方は、申請時に医療保険証の写しの提出が必要です。

② 認定調査先が住所と同じ場合は、「同上」と記入してください。
※入院中・施設に入所中の方や、住民登録地以外の場所に滞在している場合には調査先住所(及び病院・施設名)・電話番号を記入してください。

③ 日中に連絡を取ることが可能な方(本人、家族、ケアマネジャー、施設・病院職員等)の氏名、続柄(関係性)及び連絡先を記入してください。訪問調査の日程調整のご連絡に利用します。
なお、お問い合わせは本書類に連絡先を記入した本人及び家族にのみ回答可能です。

④ 変更申請を行う理由を詳しく記入してください。

⑤ 左欄の「有」に○を付けた方は、申請日より6カ月前までの入所施設・入院先の病院名・所在地及び期間(退院・退所予定がある場合は予定日)を記入してください。

⑥ 本人が申請する場合は記入の必要はありません。
※地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者または介護保険施設が申請を代行する場合は記入してください。

⑦ かかりつけ医の氏名・医療機関名・所在地は正確に記入してください。
※この欄に記入されている病院宛に主治医意見書の作成を区から依頼します。

⑧ 64歳以下の方は、必ず記入してください。裏面の【特定疾病一覧】の中から医師に診断された病名を記入してください。

⑨ 上記の文章を読み、同意される場合は(被保険者氏名を)署名してください。

【特定疾病一覧】

- がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗しょう症
- 初老期における認知症
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

○後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方

医療 保険	保険者名	①-1 (東京都後期高齢者医療保険連合)		保険者番号	①-2		
	被保険者証	記号	記入なし	番号	①-3	枝番	記入なし

①-3 →

①-2 →

(例)

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和 6年 7月31日

被保険者番号 01234567

住所 千代田区飯田橋三丁目5番1号

氏名 広域 花子

生年月日 昭和 5年12月30日 性別 女

資格取得年月日 平成20年 4月 1日

発効期日 平成20年 4月 1日

交付年月日 令和 4年10月 1日

一部負担金の割合 1割

保険者番号 39131234

保険者名 東京都後期高齢者医療広域連合 公印

← ①-1

例です。
ご自身の保険者証の対応する番号を記入してください。