

介護保険 要介護状態区分変更申請書

記入例

彦根市長 様
次のお通り申請します。

申請年月日 令和 ●●年 ●●月 ●●日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号		
	医療 保 険	保険者名	●●保険組合	保険者番号	●●●●●●●●
		被保険者 記号・番号	記号	●●	番号
	フリガナ	ヒコネ タロウ		生年月日	明・大・昭 ●●年 ●月 ●日
	氏 名	彦根 太郎		性 別	男 ●● (●●) 歳
	住 所	〒 522-0041 彦根市平田町670番地		電話番号	0749-23-9660
	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	脳出血により入院。以前は一人で杖を使いトイレに行けたが、退院後は一人ではベッドから起き上がれなくなり、介助量が増加しているため。				
過 去 6 ヶ 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 入 所 の 有 無	過去6ヶ月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の有無	過去6か月間に入院や入所がある 場合は、必ず記入してください。	期間	変更申請の理由を具体的に記入し てください。	
	有	医療機関等の名称等・所在地	●●病院	期間	令和●年 ●月 ●日 ~ 令和●年 ●月 ●日
	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・介護医療院)
	住 所	彦根 一郎 (長男) 〒 522-0041 彦根市平田町670番地 電話番号 0749-23-9660

主 治 医	主治医の氏名	介護 保	医療機関名	●●病院
	所在地	〒522-●●●● 彦根市●●番地 電話番号 0749-●●-●●●●		

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	40歳から64歳の方は、記入が必要です。
-----------------------	----------------------

介護サービス計画の作成... 要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、彦根市が提供を受けた介護サービス計画および介護予防サービス計画ならびに居宅サービス事業者または介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、彦根市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も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また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同意します。

同意される場合は、氏名をご記入ください。また、部分的に同意しないことも可能です。
本人氏名 彦根 太郎