

介護保険 要介護状態区分変更申請書

記入例

彦根市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|------------|--|--|--|------|----------------------------|-------------------------|---|--|--------------------------|--|----|----|--|--|--|
| 被 | 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 | ●●●●●●●● | | | | | | | | | |
| 保 | 被保険者 記号・番号 | 記号 | ●● | | | | | 番号 | ●●●●●●●● | | | | | 枝番 | ●● | | | |
| | フリガナ | ヒコネ タロウ | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 ●●年 ●月 ●日 (●●)歳 | | | | | | | | | | |
| 者 | 氏 名 | 彦根 太郎 | | | | | 性 別 | 男 | | 女 | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 5 2 2 - 0 0 4 1 彦根市平田町670番地 | | | | | | | | | | 変更申請の理由を具体的に 記入してください | | | | | | |
| 険 | 前回要介護 認定の結果等 | 要介護状態区分 | 1 2 3 4 5 | | | | | 要介護状態区分 | 1 2 | | | | | | | | | |
| | | 有効期間 | 令和●年 ●月 ●日 | | | | | から | 令和●年 ●月 ●日 | | | | | | | | | |
| 者 | 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 | 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 | | | | | | | | | |
| | 有 ・ 無 | 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 | | | | | | | | | |
| 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） 彦根 一郎 （長男） | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 5 2 2 - 0 0 4 1 彦根市平田町670番地 | | | | | | | | | | 電話番号 0 7 4 9 - 2 3 - 9 6 6 0 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|-----------------------------|--|--|--|--|-------|------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 介護 保 | | | | | 医療機関名 | ●●病院 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 5 2 2 - ●●●●●● 彦根市●●番地 | | | | | | | | | | 電話番号 0 7 4 9 - ●●●●●● | | | | | |

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。 | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

介護サービス計画または介護予防サービス計画の作成・変更・見直し等を行うに当たっては、認定・要支援認定に係る

医師の診断書等を彦根市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業
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。

同意（特記事項）および主治医意見書を彦根市から私の同居
に同意します。

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