

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 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	●●●●●●●●												
		被保険者証	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												
	氏 名		彦根 太郎											(●●) 歳												
	住 所		〒 522-0041 彦根市平田町670番地										性別	男										女		
	前回要介護 認定の結果等		要介護状態区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5					支援状態区分 1 2						有効期間 令和●年 ●月 ●日 から 令和●年 ●月 ●日												
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。																								
者	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				
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地										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						

変更申請の理由を具体的に
記入してください

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	〒 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

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。

申請書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。
本票（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。

本人氏名 彦根 太郎