

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

介護保険被保険者証の  
番号を記入してください

申請年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号				
	医療 保険	保険者名	渋川市		保険者番号	100081	
		被保険者証 記号	渋国		番号	000-00000	枝番
	フリガナ	シブカワ タロウ			生年月日	昭和 45年 1月1日	
	氏名	渋川 太郎			性別	男	
	住所	〒 377-0008 渋川市渋川000番地00			電話番号	0279-00-0000	
	前回の要介護 認定の結果等	要介護1		有効期限	元号〇年〇月〇日		
	変更申請の 理由	腰椎圧迫骨折により入院し、退院後のサービス利用増加が見込まれるため。					
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間				
		介護保険施設等の名称等・所在地	期間				
医療機関等の名称等・所在地		期間	〇〇病院 渋川市〇〇〇番地 元号〇年〇月〇日～ 3週間（予定）				
医療機関等の名称等・所在地		期間	～				

区分変更をする理由を具  
体的に記入してください

現在またはここ半年以内に介護保険  
施設・病院に入所・入院している(し  
ていた)場合は、記入してください

本人以外の申請の場合  
は、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・ <u>居宅介護支援事業者</u> ）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 居宅介護支援事業所〇〇〇 渋川 花子（担当CM）	
	住所	〒377-0000 渋川市渋川0000 電話番号 0279-00-0000	

主治医	主治医の氏名	群馬 一郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒377-0000 渋川市〇〇〇番地 電話番号 0279-00-0000		

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	
-------	--

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となる場合は、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、及び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施設等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となる。

ご同意いただける場合は  
ご署名ください

被保険者証回収 未・済（ ）	資格者証者発行 未・済（ ）	受付者
-------------------	-------------------	-----

（本人氏名）

（代筆者）

【意見書区分】 （ / ）