

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

あま市長 様
次のとおり申請します。

通知カード等の紛失・申請者による確認が難しい等個人番号がわからない場合、空欄で提出してください。

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 6 7	
	医療 保 険	保険者名	愛知県後期高齢者医療広域連合		
		保険者番号	39232376		
	被保険者証	記号	番号	123456 枝番	
	フリガナ	アマ タロウ		生年月日	昭和 22年 3月 22日
	氏名	あま 太郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
	住所	〒497-8602 あま市七宝町沖之島深坪1番地 電話番号 052-444-3141			
	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
		有効期限	令和22年 3月 22日から 令和23年 3月 31日		
	変更申請の理由				
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地			期間 年 月 日～年 月 日	
	介護保険施設等の名称等・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	
	医療機関等の名称等・所在地 ●●病院			期間 5年5月5日～年 月 日	

申請者情報をご記入ください。また、被保険者のご家族が申請する場合でも「提出代行者」の項目に氏名(続柄)・住所・電話番号をご記入ください。

提出代行者	名称	該当に○(地域)人保健施設・介護医療院 あま 次郎(長男)	介護老
	住所	〒 497-0001 あま市七宝町沖之島深坪10番地 電話番号 052-444-3159	

主治医	主治医の氏名	●●●●	医療機関名	●●病院
	所在地	〒497-0001 あま市七宝町沖之島深坪●番地 電話番号 ●●●●●●		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険) 医療機関名のみでなく、同名の医療機関と混同しないため、住所・電話番号もご記入ください。主治医氏名はわかる場合のみご記入ください。

特定疾病名	●●●●●●
-------	--------

40～64歳の方で、医療機関で介護保険を申請する必要があると言われた際に診断された16の特定疾病名をご記入ください。

本人署名の欄ですが、本人による記載が難しい場合、申請者が代理で記入できます。その場合は欄外に申請者氏名をご記入ください。

受付者印	種別	窓口渡し済
	1 在宅新規	<input type="checkbox"/>
	2 施設新規	
3 在宅継続	4 施設継続	

本人氏名 _____