

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 険 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 <input checked="" type="radio"/> 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						
有 ・ 無		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				

提出 代 行 者	名称	該当に○ (地域包括 人保健施設・介護医療院) あま 次郎 (長男)
	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

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・連絡先をご記入ください。

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 052-444-※※※		

第2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	●●●●●●
-----------------------	--------

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。

介護サービス計画の作成等

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

本人氏名
