

## 介護保険 要介護状態区分変更申請書

夕張市長 様

次のとおり申請します。

申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

	申請年月日	令 和	年	月	日
申請者氏名	本人との関係				
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・介護医療院）				
申請者又は提出代行者住所	〒		電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日						
	氏名											性別	男	・	女							
	住所	〒												電話番号								
	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															
		有効期間					年	月	日	から	年	月	日									
	変更申請の理由																					
	介護保険施設、医療機関等入所、入院の有無	入所・入院施設名						入所・入院期間		～	年	月	日									
		所在地		〒		電話番号																
	有 ・ 無																					

主 治 医	主治医の氏名							医療機関名						
	所在地	〒												電話番号

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

医療保険者名					医療保険者番号					記号・番号				
被保険者氏名					資格取得日					年	月	日		
特定疾病名														

介護サービス計画を作成するために必要があるときは、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、及び主治医意見書を夕張市から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又は介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員、又は市若しくは地域包括支援センターが主催する地域ケア会議の構成員に提示することに同意します。

本人氏名



# 記載例

## 介護保険 要介護状態区分変更申請書

夕張市長 様

次のとおり申請します。

申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

申請年月日 令和〇年〇月〇日

申請者氏名	清水沢 宮子	本人との関係	長女
提出代行者名称	該当に〇（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・介護医療院）		
申請者又は提出代行者住所	〒068-0534 夕張市清水沢宮前町1番地	電話番号	0123-59-6111

被 保 険 者	被保険者番号	0000123456	個人番号	123456789012
	フリガナ	ユウバリ イチロウ	生年月日	明・大・昭 12年3月4日
	氏名	夕張 一郎	性別	男・女
	住所	〒068-0403 夕張市本町4丁目2番地	電話番号	0123-52-3164
	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		
	*更新認定場合のみ記入	有効期間 平成31年5月1日 から 令和元年5月31日		
	変更申請の理由			
	介護保険施設、医療機関等入所、入院の有無	入所・入院施設名 〇〇病院 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 有 無 札幌市〇〇区〇〇町〇条〇丁目〇番地	入所・入院期間 令和元年5月1日 ～ 元年6月1日 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

主治医	主治医の氏名	〇 〇 〇 〇	医療機関名	〇 〇 病院
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	電話番号	0123-〇〇-〇〇〇〇

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

医療保険者名		医療保険者番号		記号・番号	
被保険者氏名		資格取得日		年 月 日	
特定疾病名					

介護サービス計画を作成するために必要があるときは、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、及び主治医意見書を夕張市から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又は介護保険施設の関係人、主治医意見書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に同意します。

本人氏名 夕張 一郎

