

記入例

介護保険 要介護認定等区分変更申請書

提出される日付を記載してください。
郵送で提出の場合は、市が受理した日が受付日となります。

(宛先) 吉川市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

後期高齢者医療制度にご加入の方は「保険者名」欄に「埼玉県後期高齢者医療広域連合」（後期高齢でも可）、下段の「番号」欄に「被保険者番号」をお書きください。
※後期高齢の場合は記号と枝番はありませんので未記入で結構です。

被 保 険 者	医療保険	保険者名	健康保険組合		保険者番号			〇〇〇〇〇〇〇〇		
		被保険者 記号・番号	記号	〇〇〇-〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇	枝番	〇〇		
		フリガナ	ヨシカワ タロウ			生年月日	明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日			
		氏 名	吉川 太郎			性 別	男・女			
		住 所	〒342-0000 吉川市〇〇〇〇丁目〇〇番地〇〇 △△マンション〇〇〇号 電話番号 1. 自宅の電話番号 2. 日中に連絡が取れる電話番号							
		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 令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日							
	変更申請の 理 由	例：右足骨折をきっかけに歩行が不安定になったため申請。								
入院・入所している場合は必ず記入してください。										
	保険施設 等への入院、入 所の有無	有・無				期間	年	月	日	
		医療機関等の名称等・所在地 〇〇〇総合病院 〇〇市〇〇1-2-3				期間	年	月	日	

提 出 代 行 者	名 称	該当	該当しない（院） ご本人・ご家族が記入する場合、この欄は記載不要です。 ケアマネージャー等が代行申請する場合は、ご記入ください。
	住 所	〒	

主治医の氏名	吉川 花子（〇〇〇科）	医療機関名	〇〇〇総合病院
主治医の氏名をフルネーム で記入してください。	地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇丁目〇〇番地〇〇 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	

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	
-----------	--

介護サービスにかかる調査内容 40歳から64歳の方は、医師に確認の上、記載してください。、要介護認定・要支援認定に提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、吉川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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 吉川 太郎 代筆者 吉川 一郎 (続柄) 長男