

記入例

介護保険 [要介護・要支援]認定 区分変更 申請書

みどり市長 様  
次のとおり申請します

介護保険証の番号を  
書いてください

マイナンバーを  
書いてください

申請年月日 ●●年 ●●月 ●●日

加入している医療保険情報を記入

申請理由を具体的に記入

被保険者番号	〇〇〇〇	個人番号	
医療保険	保険者名 みどり市	保健者番号	100123
	被保険者証 記号 みどり	番号	12345678 枝番 123
フリガナ	ミドリ タロウ		生年月日 明・大・昭●年 ▲月 ■日
氏名	みどり 太郎		性別 (男) ・ 女
住所	〒379-2395 群馬県 みどり市 笠懸町 鹿 2952番地 電話番号：0277-76-0974		
現在の要介護状態区分等	認定区分 要介護 ① 2 3 4 5 経過的要介護 要支援 1 2	有効期間 ●●年 ▲月 ■日 から ●●年 ▲月 ■日 まで	
変更申請の理由			
現在の状況 (該当箇所につけてください)	在宅 ① 同居家族あり 2. ひとり暮らし 3. その他	家族の家などに住んでいる場合も記入してください	
	入院施設名		
	入所所在地		

申請者 (提出代行者)	氏名 (事業所名) みどり 花子	事業所名 又は続柄 妻
	住所 (所在地) 同上	電話番号：090-1234-5678 平日昼間につながりやすい電話番号

主治医意見書があれば分かる範囲で

認定調査先 (申請者と同じ場合は省略可)	1. 本人 2. 同居家族 3. その他 ※ 2、3の場合は下記に記入してください。
氏名	本人との関係
住所	電話番号：

主治医	氏名	医療機関名
	所在地	電話番号：

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	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、みどり市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者若しく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	みどり 太郎	代筆者氏名	みどり 花子	続柄	妻
------	--------	-------	--------	----	---

(本人氏名及び代筆者氏名は直筆してください)

本人の氏名を書いてください。  
代筆した場合は代筆した人の氏名と続柄を書いてください