

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

記入例（区分変更申請）

個人番号（マイナンバー）を記入  
分からない場合は、記入不要

次のとおり申請します。

申請年月日 ○年 ○月 ○日

介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
医療 保険	保険者名	埼玉県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39112453
	加入している医療保険の名称等を記入 医療保険によっては、記号・枝番がない場合があります。		日	〇〇〇〇〇〇〇〇 枝番
フリガナ	フジミノ ハナコ		生年月日	昭和〇年〇月〇日
氏名	ふじみ野 花子		性別	男 ・ 女
住所	〒356-8501 ふじみ野市福岡1-1-1		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
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		前回の要介護認定の結果・有効期間を記入	
	有効期限 令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日			
変更申請の理由	〇月〇日に転倒し、左大腿部骨折。歩行や立ち上がりが困難な状態。ADLが低下し着替えや清潔行為等に介護の手間がかかるため。			
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院・入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地		区分変更申請をする理由を具体的に記入してください。（状態がどのように改善または悪化しているか記入）	
	過去6か月以内に入院、施設入所等があった場合は記入			
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地		期間	
	〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇〇町〇〇-〇〇 △△病院		〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日	
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地		期間	
	〒 年 月 日 ~ 年 月 日			

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） ふじみ野 太郎（長男）		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ふじみ野市〇〇町〇〇-〇〇 電話番号 △△△-△△△-△△△△		

主治 医	主治医の氏名	ふじみ野 一郎		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ふじみ野市〇〇町〇〇-〇〇 電話番号 〇4-〇〇〇-〇〇〇〇		

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	
-------	--

介護保険被保険者証をお持ちの場合は、申請時に提出してください。

第2号被保険者（40～64才まで）が申請する場合、介護保険の対象となる特定疾病名を記入

申請書の氏名欄の上に記載されている内容に同意される場合、被保険者の署名をお願いします。

本人氏名  
ふじみ野 花子