

記入例（区分変更申請）

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。

個人番号（マイナンバー）を記入分らない場合は、記入不要

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。

前回の要介護認定の結果・有効期間を記入

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

本人以外の方が申請する場合は提出代行者を記入（家族提出の場合も記入してください。）

現在、定期的に受診している医療機関の主治医（フルネーム）を記入

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

上記内容に同意される場合、被保険者の署名をお願いします。

様式第306号（第1号未関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書（支→介）

ふじみ野市長 宛て
次のとおり申請します。

申請年月日

介護保険被保険者番号	0000123456	個人番号	00000000000000000000
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
	被保険者証記号		番号
フリガナ	フジミノ ハナコ	生年	
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	03-000-0000
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
	有効期間	○年○月○日から○年○月○日まで	○ 1 2
変更申請の理由	○月○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	〇〇病院	
	介護保険施設等の名称等所在地	ふじみ野市〇〇町〇〇-〇〇	
	医療機関等の名称等所在地	〇〇病院	
有 ・ 無	期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日	

提出代行者	名称	ふじみ野 太郎（長男）	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇	電話番号 03-000-0000

主治医	主治医の氏名	ふじみ野 一郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇	電話番号	04-000-0000

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画等の作成等介護保険事業の適切な運営の為に必要がある時は、要介護認定・要支援認定等に係る調査内容、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、ふじみ野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。

市記入欄
在新・在籍
施新・施籍

ふじみ野 花子