

## 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

福生市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号	個人番号は記入がなくても受付します 64歳未満でマイナ保険証利用の方はご記入ください	
	医療 保険	保険者名	医療保険の項目は、 64歳未満の方は必ず書いてください。 65歳以上の方はわかる範囲で書いてください。											
		被保険者証 記号												
	フリガナ	フッサ タロウ										生年月日	昭和 20 年 5 月 5 日	
	氏名	福生 太郎										性別	男・女	
	住所	〒 197-00XX 福生市本町 番地										電話番号 042-551-XXXX		
	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										前回の介護度と有効期間を 記入してください。		
	有効期限	令和 年 月 日 から										令和 年 月 日		
	変更申請の 理由	転倒によるけがで歩行困難となり、介護量が増している。										理由を具体的に記入 してください。		
	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 〒 年 月 日 ~ 年 月 日										期間		
有・無	介護保険施設等の名称等・所在地 〒 年 月 日 ~ 年 月 日										期間			
	医療機関等の名称等・所在地 〒 197-00XX 福生市熊川 番地 × 病院										令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	医療機関等の名称等・所在地 〒 年 月 日 ~ 年 月 日										期間			
	医療機関等の名称等・所在地 〒 年 月 日 ~ 年 月 日										期間			

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター 居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） 居宅介護支援事業所										事業者・施設関係者の方が 提出代行される場合は記入 してください。	
	住 所	〒 197-00XX 福生市本町 番地											
		電話番号 042-551-XXXX											

主 治 医	主治医の氏名	熊川 二郎										医療機関名	× 病院		主治医の情報は必ず 記入してください。
	所 在 地	〒197-00XX 福生市熊川 番地										電話番号 042-551-XXXX			

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	65歳未満で介護認定申請をする際は、特定 疾病の名称を必ず記入してください。									
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のためには、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、福生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。

同意する場合は、右側に御署名をお願いします。 本人氏名 福生 太郎

代筆者氏名 福生 花子

(本人との関係) 長女

本人の署名の他、代筆者がい  
る場合は代筆者氏名と本人と  
の関係を記入してください。