

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

65歳に到達すると発行される「介護保険被保険者証」の番号を記入してください。

申請年月日
令和 2年 4月 11日

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
フリガナ	シモツケ タロウ		
氏名	下野 太郎		
住所	〒329-0403 下野市笹原 1-2-3		
前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要支援1		
変更申請の理由	有効期間 令和元年5月1日から令和3年4月31日まで 心不全の悪化により、身体機能が低下したため		
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院・入所の有無(○を)	有	入院・●病院 入所施設名 所在地	現在入院中、または半年の間に入院していた場合は病院名・期間を記入してください。 ※複数回入院していた場合は、直近の内容を記入してください。
申請者(提出代行者)	氏名(名称)	下野 花子	
	住所	〒329-0403 下野市笹原 1-2-3	
主治医	氏名	診療科(内科) ●●●●先生	電話番号 3月 1日
	所在地	〒 介護保険申請時にご記入いただく主治医の先生には、事前に介護保険申請すること、主治医意見書の依頼が市からあることとお話ししたうえで申請してください。	

マイナンバーを記入してください。
※不明の場合は記入不要です。

区分変更申請を希望される理由を詳しく記入してください。

現在入院中、または半年の間に入院していた場合は病院名・期間を記入してください。
※複数回入院していた場合は、直近の内容を記入してください。

本人が申請される場合はご住所の記入は不要です。

介護保険申請時にご記入いただく主治医の先生には、事前に介護保険申請すること、主治医意見書の依頼が市からあることとお話ししたうえで申請してください。

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

※医療保険証のコピーが必要です。

医療保険者名	●●市	医療保険被保険者証記号番号	123-4567
特定疾病名	●●●	ご署名をお願いします。(ご家族が代行して申請される場合は家族氏名の欄にもご記入ください。)	

40~64歳の方については、国で定めた16種類の特定疾病が原因で介護が必要になったときに申請ができます。

健康保険証をお持ちください。

本人氏名 下野 太郎
家族氏名 下野 花子 (続柄: 妻)
(代筆の場合)