下記の枠内を記入してください

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更認定申請書

《記入例》

【一般用】

40歳～64歳までの人で、要介護度1～5の認定を受けていて、介護度の見直しを申請する場合。用紙の色は緑色。裏面も記入してください。

40歳から64歳まで

介護被保険者証と医療保険証を添付してください。郵送の場合写し可

（宛　先）
枚　方　市　長

次のとおり申請します。

介護保険被保険者証（サーモンピンク色）から転記

申請年月日　平成　○○　年　○○　月　○○　日

被保険者	被保険者番号	0 0 0 9 9 9 9 9 9	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	フリガナ	カイゴ　ハナ	生年月日	明・大・(昭)　○○　年　○○　月　○○　日
	氏　名	介護　はな	性別	男　・　(女)
	住　所	〒 573-8666　枚方市香里ヶ丘１丁目１番１号	電話番号	072-8××-0315
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分等	1　(2)　3　4　5	
		有効期間	平成　○○年　○○月　○○日　から　平成　○○年　○○月　○○日　まで	
	変更申請の理由	急激な病気の進行により、歩行困難となったため		
	現在入所（入院）している施設	施設名	枚方くらわんか病院	
		所在地	〒573-0027　枚方市大垣内町２丁目××番	電話番号 072-8××-1234

左下の※を参照してください

心身の状態の変化によって、区分変更が必要となった理由を記入してください

入院中または施設入所中の場合に記入してください

提出代行者	名　称	（□地域包括支援センター　□指定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　□指定介護療養型医療施設）　㊞
	所在地	〒　電話番号

本人・家族等は記入不要です

かかりつけ医を氏名とも記入してください。記入は1人、直近に受診歴があり医師が意見書の記入ができる状態であること

主治医	主治医氏名	枚方　太郎	医療機関名　枚方くらわんか病院（　科）
	所在地	〒 573-0027　枚方市大垣内町２丁目××番	電話番号 072-8××-1234

医療保険証を添付し、記載内容を転記してください

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	脳血管疾患（※介護保険法における16の特定疾病名を記入）	

認定調査票及び主治医意見書が、介護サービス計画に利用されることへの同意確認です

（※　医療保険被保険者証を添付

※番号がわからないなど、個人番号が未記入の場合でも申請を受付します。

個人番号が記入されている場合は、番号確認のため個人番号カード等と本人確認のため運転免許証・被保険者証等の書類が必要となります。

代理人が申請する場合は、被保険者の個人番号カード等と代理権確認のため委任状等と代理人確認のため運転免許証等の写真の表示がある証明書が必要です。

な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る主治医意見書を、枚方市から地域包括支援センター、居宅介護支の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した

保険者（本人）氏名　介護　はな

委　任　状

枚 方 市 長

委任者氏名
（被保険者）　　印

私（委任者）は、下記の者を代理人として、介護保険要介護認定・要支援認定の申請に関する権限を委任します。

【代 理 人】

住所

氏名

電話番号

委任者との関係

※認定調査についてご記入ください。

認定調査に同席を希望されますか。

☐ 希望する　　☐ 希望しない

● （フリガナ）
同席者氏名　　（続柄：　　）

● 連絡先（昼間連絡の取れる電話番号をご記入ください）

TEL　　（　　）

● その他、調査についての連絡事項

● 入院中の方はご記入ください。

☐ 退院日未定　　☐ 退院予定日　（　　月　　日）

枚方市記入欄

受付入力	申請入力

☐ 被保険者証あり
〇返却　〇受領
☐ 被保険者証なし
☐ 保険料滞納あり

☐番号確認
（個人番号カード・通知カード・その他）

☐本人
〇 身元確認
（ 写真付 ・ 写真なし2点 ）

☐代理人
〇代理人身元確認
（ 写真付 ・ 写真なし2点 ）
〇代理権確認
（ 委任状 ・ その他 ）