

下記の枠内を記入してください

《記入例》

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更認定申請書

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。裏面も記入必要。

40歳から64歳まで

【事業者用】

(宛先) 枚方市長

介護保険証と医療保険証を添付してください。郵送の場合写し可

次のとおり申請し 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
被 保 者	被保険者番号	〇〇〇〇九九九九	個人番号 99 左下の※を参照してください 99
	フリガナ	カイゴ ハナ	生年月日 明・大(昭) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 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 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	
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	〒 573-8666 枚方市大垣内町2丁目××番 電話番号 072-8××-0315	

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 ひらかた居宅介護支援事業所	
	所在地	〒 573-8666 枚方市大垣内町2丁目××番 居宅介護支援事業者等による代行申請の場合のみ記入してください。事業所の押印が必要です	

主治 医	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	〒 573-8666 枚方市大垣内町2丁目××番	電話番号	072-8××-0315

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)

(※ 医療保険被保険者証を添付して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)

※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

被保険者(本人)氏名

介護 はな