申請書記入例

被保険者（介護保険を受ける方）の

・被保険者番号

・医療保険情報

・氏名・生年月日

・性別・住所

・電話番号

を記入してください。

被保険者（介護保険を受ける方）が、

申請日の６か月前までの間に、

・介護保険施設への入所

・医療機関への入院

をしていた場合、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申請書

守谷市長　宛て
次のとおり申請します。

申請年月日　〇年　〇月　〇日

被保険者

介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
医療保険 保険者名		保険者番号	
医療保険 被保険者証記号・番号	記号　　番号		枝番
フリガナ	モリヤ タロウ	生年月日	〇年　〇月　〇日
氏名	守谷　太郎	性別	男　・　女
住所	〒 守谷市大柏 950-1 電話番号		

保険者

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　1　2
	有効期限　〇年　〇月　〇日 から　〇年　〇月　〇日	
変更申請の理由		
過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日
	介護保険施設の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日
	医療機関等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日
有　・　無	医療機関等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日

提出代行者

名称	該当に〇（地域包括支援センター・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・介護医療院） 守谷　次郎
住所	〒 守谷市大柏 950-1 電話番号

主治医

主治医の氏名	〇〇　〇〇	医療機関名	〇〇病院
所在地	〒 電話番号		

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	

〇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守谷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等に提示することに同意します。

本人氏名　守谷　太郎

申請日を記入してください。

被保険者（介護保険を受ける方）のマイナンバーを記入してください。

※マイナンバーが分からない場合は、守谷市にご相談ください。

変更申請の理由を記載してください。

ご家族様等が代行で申請する場合は、代行者について記入してください。

主治医の先生の名前と病院名を記入してください。

被保険者（介護保険を受ける方）の名前を記入してください。