

介護保険 要介護認定区分変更申請書記入例

申請に必要なもの	<input type="checkbox"/> 申請書	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> 提出者の身分証明書(個人番号カード、運転免許証、介護支援専門員証等)	
	<input type="checkbox"/> 被保険者の個人番号が確認できるもの(個人番号カード等) ※	
	<input type="checkbox"/> (40~64歳の方は)健康保険証(医療保険証)又は、そのコピー	
提出者が代理人(被保険者本人以外)の場合 → <input type="checkbox"/> 上記に加え委任状		

※ 個人番号が分からない場合は、個人番号欄の記入は不要です。

主治医意見書について

主治医意見書は市から医療機関に作成を依頼しますので、必ずかかりつけの医師名、医療機関の名称・所在地の記入をお願いします。なお、診察を受けていませんと、医療機関によっては意見書を作成できない場合があります。診察を受けていない方は医療機関にご相談ください。

介護保険 要介護認定区分変更申請書

① 被保険者	個人番号	* * * * * * * * * * * *										性別	男・女	
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	生年月日	明治・大正・昭和	〇年〇月〇日
	フリガナ	カイゴ タロウ												
	氏名	介護 太郎												
	住所 (住民票上)	〒 192-8501 TEL 042-620-7414 八王子市元本郷町3-24-1												
現在の居所	※ 上記以外の住所(病院・施設・親戚の家等)にいる方は、下の欄に記入してください。 〒 196-0066 八王子市本町24-1 退院予定 未定・有 〇月〇日頃 八王子〇〇病院 TEL 042-626-3111													
現在の要介護状態区分等	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5													
有効期間	〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日													
申請理由	病状が悪化(骨折や認知症進行等 具体的に)、日常生活が困難になったため													
② 認定調査	調査日等の連絡先	フリガナ	カイゴ イチロウ										※平日の昼間に連絡の取れる番号	
	氏名	介護 一郎											TEL 090-1234-XXXX, 042-620-7414	
	被保険者との関係	長男											携帯電話	
立会い希望	有・無 立会う方 家族(続柄:長男、長女)・ケアマネジャー・施設職員・その他()													
本人の状況	配慮が必要(聴力・伝達能力)・その他()													
※主治医意見書の記入を依頼したい病院名(かかりつけ、入院先等)・主治医氏名を記入してください。 主治医にこの申請をしたことを伝え、主治医意見書の作成をお願いしてください。原則、主治医意見書の記入用紙は八王子市から主治医に送付する。														
③ 主治医	フリガナ	ハチオウジ ハナコ										医療機関		
	氏名	八王子 花子 先生												
	()科	(整形外科)科												
所在地	〒 196-0066 TEL 042-620-7414 八王子市本町24-1													
フリガナ	ハチオウジ〇〇ピョウイン													
名称	八王子〇〇病院													
受診状況	定期的・不定期 最終受診日 年 月 日 次回受診予定日													
④ 同意	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、八王子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、介護保険施設、若しくは地域ケア会議の関係人、又は主治医意見書を作成した医師等に情報提供することに同意します。													
	被保険者氏名	介護 太郎												
⑤ 提出者	住所(所在地)	〒 192-8501 TEL 042-626-3111 八王子市元本郷町3-24-1												
	事業者名	健康保険証(医療保険証)をご覧のうえご記入ください。												
	フリガナ氏名	カイゴ イチロウ 介護 一郎												
代行	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 保健施設 <input type="checkbox"/> 養型医療施設 <input type="checkbox"/> 院													
⑥ 担当者	事業所	△△事業所												
氏名	ハ王 〇													
医療保険	保険者名	〇												
記号	〇													
第2号被保険者	40歳から64歳の方は、特定疾病名を記入し、医療保険証のコピーを添付してください													
	特定疾病名	〇												

個人番号が分からない場合は、個人番号欄の記入は不要です。

病院に入院中、施設に入所中の方や親戚の家等、ご住所以外にいる方は必ず記入してください。退院や退所等の予定がある方は、退院予定欄へあわせて記入してください。

区分変更申請をする、理由を具体的に記入してください。

認定調査を行う日時調整の連絡をしますので、必ず平日の昼間に連絡の取れる方を記入してください。

受診状況・最終受診日・次回受診予定日をわかる範囲で記入してください。入院中の方は、受診状況等の記載は不要です。(※ 歯科医師や柔道整復師には依頼できません。また、眼科や耳鼻科、皮膚科等では記載できない場合がありますので、医療機関に事前にご相談ください。)

同意される場合は、被保険者の署名をお願いします。

健康保険証(医療保険証)をご覧のうえご記入ください。

40~64歳の方は、医療保険、特定疾病名の記入および医療保険証のコピーの添付が必要です。(特定疾病名については、主治医によく確認してください。)

窓口での提出者とは別に担当者(ケアマネジャー等)がいる場合は、記入してください。担当者が分からない場合は記入不要です。