

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

記入例

川越市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険 被保険者番号	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号																		
医療 保険	保険者名	川越市				保険者番号														
	被保険者 記号・番号	記号	123			番号	4567			枝番	01									
被 保 者	フリガナ	カワゴエ タロウ				生年月日	明・大・昭〇〇年 〇月 〇〇日													
	氏名	川越 太郎				性別	男 ・ 女													
保 険	住所	〒 350-0062 川越市元町1丁目3番地1				電話番号	049(224)6405													
	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														
者	有効期限	令和 〇年 〇月 〇〇日から令和 〇年 〇月 〇〇日																		
	変更申請の 理由	転倒による状態悪化のため																		
	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 こえど川越ホーム 川越市元町1-3-1		期間 〇年 〇月 〇日～〇年 〇月 〇日																
	(有) ・ 無	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																		
		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○（地域包括支援センター・ <u>居宅介護支援事業者</u> ・指定介護者 居宅介護支援事業所 小江戸かわごえ	家族申請の場合は、 氏名（続柄）を記入してください。
	住所	〒 350-0062 川越市元町1丁目3番地1	
		電話番号	049(224)6405

主治 医	主治医の氏名	埼玉 花子	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒	主治医欄は、必ず主治医が作成可能か 事前に相談してから記入してください。	

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

特定疾病名	
-------	--

※40歳～64歳の方は、必ず記入が必要です!!!

介護サービス計画の作成等介護保険
支援認定にかかる調査内容、介護認定
を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の
関係人が取得した心身の状況等の情報を、川越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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サ
ービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合
事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業
として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

