

記入例

介護保険被保険者証
(ピンク色)に記載されて
いる10桁の数字です

個人番号(マイナンバー)が
不明の場合は記入しなくても
かまいません

次のとおり申請します

申請年月 ○ 日

介護保険被保険者番号		9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										個人番号		9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9									
医療保険	保険者名	〇〇〇					保険者番号					〇〇〇〇〇〇〇〇											
	被保険者証	記号	△△△△			番号	△△△			枝番	△△												
フリガナ		イトウ タロウ										生年月日	明・大・昭 ○年 ○月 ○日										
医療保険被保険者証に記載のある該当する箇所を記入してください		伊東 太郎										性別	男 ・ 女										
保 險 者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 伊東市〇〇町〇〇										電話番号 〇〇-〇〇〇〇											
	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																
	変更申請の理由	〇月〇日に転倒し、左大腿部骨折。現在入院中であり、歩行や立ち上がりが困難な状態。ADLが低下し着替えや清潔行為等に介護の手間がかかるため																					
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、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					区分変更申請をする理由を詳しく記入してください											
有 ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地					期間 〇年〇月〇日~〇年〇月〇日					本人・ご家族の場合、記入は必要ありません ケアマネジャー等が代行者の場合は事業所の 名称や住所、連絡先と氏名を記入してください												
	医療機関等の名称等・所在地					〇〇病院					かかりつけ医(被保険者の現在の状態を把握している医師)の氏名と医療機関名を記入してください												
	医療機関等の名称等・所在地																						
提出代行者	名称	該当に〇(地域包括支援センター・居																					
	住所	〒																					
主治医	主治医の氏名	伊東 二郎 医師										医療機関名 〇〇病院											
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 伊東市〇〇町〇〇〇〇																					
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	第二号被保険者が要支援または要介護状態の原因である特定疾病名を記入してください																						

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を、伊東市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示す

本人以外が記入した場合は本人氏名の下に代筆と書いていただき、氏名と続柄を記入してください

本人氏名 伊東 太郎
代筆 伊東 一郎(長男)