

記入例

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。

〇月 〇日

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
被 保 険 者	イ 東 太 郎	生年月日	明 (大)・昭 〇年 〇月 〇日
	伊 東 太 郎	性 別	(男) ・ 女
住 所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 伊 東 市 〇 〇 町 〇 〇 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) 有効期限 〇〇年 〇月 〇日から 〇〇年 〇月 〇日		
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		
者	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	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 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日
	(有) ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	

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

区分変更申請をする理由を詳しく記入してください

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、押印してください

提出代行者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援施設・指定介護療養型医療施設)	印
	住 所	〒	

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

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	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 伊 東 市 〇 〇 町 〇 〇 〇 〇	電話番号 〇〇-〇〇〇〇	

国民健康保険の場合は市町村又は各国保組合を記入してください。社会保険等の医療保険者は、お勤めの事業所等にご確認ください

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

第二号被保険者	医療保険者名	特定疾病名
---------	--------	-------

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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、伊東市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者等に提出し、介護保険給付申請書等に提出した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意し

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、押印してください

氏名 伊 東 太 郎 (印)
代筆 伊 東 一 郎 (長男) (印)