

【記入見本】

【要介護・支援認定区分変更申請書の書き方】

第6号様式(第6条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

① 申請年月日		4年 4月 1日	
② 介護保険被保険者番号		0000011111	③ 個人番号
④ 医療保険被保険者証		記号 52	番号 0000000 枝番 1
⑤ フリガナ		サムカワ ハナコ	生年月日 S25年 1月 1日(72)歳
氏名		寒川 花子	性別 女
⑧ 住所		〒 253-0196 寒川町宮山165 電話番号 090-0000-0000	
⑨ 前回要介護認定の結果		要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 ① 2
有効期間		3年 7月 1日から 5年 6月 30日	
⑩ 変更申請の理由		⑩ 現在脳梗塞で入院中。病院から申請を勧められたため	
⑪ 過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年月日～年月日
	⑫ 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	4年 3月 1日～年月日
	寒川病院	期間	年月日～年月日
⑬ 名称	該当に○(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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)		
⑭ 住所	〒 電話番号		
主治医	主治医の氏名	寒川 花男	⑮ 医療機関名
	所在地	〒 253-0106 寒川町宮山193	電話番号 0467-75-6680 ⑯

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

⑰ 特定疾病名	
---------	--

介護サービス計画の作成、地域ケア会議における個別事例の検討、指定介護老人福祉施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設への入所の検討その他これらに類する目的のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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に提示することに同意します。

⑱ 本人氏名	寒川 花子
--------	-------

- ① 申請書の提出日をご記入下さい。
- ② 介護保険証に記載されている被保険者番号をご記入下さい。(不明の場合は空欄可)
- ③ マイナンバーカードに記載されている個人番号をご記入下さい。(不明の場合は空欄可)
- ④ 被保険者の加入する医療保険の保険者名、保険者番号、記号、番号、枝番をご記入下さい。(65歳以上の1号被保険者は空欄可)
- ⑤ 被保険者の氏名、フリガナをご記入下さい。
- ⑥ 被保険者の生年月日、年齢をご記入下さい。
- ⑦ 被保険者の性別をご記入下さい。
- ⑧ 被保険者の住所と電話番号をご記入下さい。
- ⑨ 現在の要介護・支援状態区分の該当部分に○を記入の上、有効期間をご記入下さい。
- ⑩ 区分変更申請をする理由をご記入下さい。
- ⑪ 過去6ヶ月以内に介護保険施設や医療機関等の入所入院状況について、“有”“無”のいずれかに○をご記入下さい。
- ⑫ ⑪で“有”に該当する場合は、介護保険施設や医療機関等の名称や所在地、入所入院期間をご記入下さい。
- ※⑬⑭は、被保険者に代わって申請書を提出する居宅介護支援事業所等の方のみご記入下さい。(被保険者の親族が提出する場合は記入不要)
- ⑬ 該当する部分に○を記入の上、名称をご記入下さい。
- ⑭ 提出代行者の住所と電話番号をご記入下さい。
- ⑮ 被保険者の主治医の氏名を、フルネームでご記入下さい。
- ⑯ 主治医の所属する医療機関名をご記入下さい。
- ⑰ 主治医の所属する医療機関の住所、電話番号をご記入下さい。
- ※⑱は2号被保険者(40歳～64歳の医療保険加入者)の方のみご記入下さい。
- ⑱ 特定疾病名をご記入下さい。
- ⑲ 被保険者の氏名をご記入下さい。