

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先) 五條市長
次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者	提出代行者名称 又は 申請者氏名 ※事業者のみ押印	<input type="checkbox"/> 指定 <input type="checkbox"/> 指定 <input type="checkbox"/> 介護 — 該	ケアマネージャーに申請を代行してもらう場合、 またはご家族様が申請される場合はこちらに記入 してください。
	【名称又は氏名】 五條市地域包括支援センター	印	
住所	※申請者が被保険者本人の場合、下記は記載不要 〒637-0036 五條市野原西4丁目1番10号 電話番号 介護保険被保険者証の番号を記入してください。		

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	医療保険証の情報を記入してください。				
	医療 保 険	保険者名	五條市	保険者番号	290072		
		被保険者証	記号 奈7	番号	1234567	枝番	12
	フリガナ	ゴジョウ タロウ	生年月日	昭和10年 1月 1日			
	氏名	五條 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女			
	住所	〒637-8501 五條市本町1丁目1番1号 電話番号 0747-22-4001					
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分	1・2・3・4・5		要支援状態区分	<input checked="" type="radio"/> 1 2	
		有効期間	平成31年 1月 1日 ~ 令和3年 12月 31日				
変更申請 の理由	転倒により、右大腿骨骨折。介護サービスの増加が見込まれるため。						
介護保険施設・ 医療機関へ入所 等の場合	入所施設名	区分変更の理由は、具体的な内容を記入して ください。					
	所在地						

主治医	主治医の氏名	五條 花子 医師	医療機関名	医院
	所在地	〒	普段からよく診察してもらう医療機関の情報を記入 してください。	
	受診状況		五條市外の医療機関の場合は、医療機関の住所も記 入してください。	

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険)

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス
援認定にかかる調査内容、介護認定審査
に関する法律に基づき同意書の提示があ
ることに同意します。また、主治医意見
を提示することに同意します。

40歳から64歳の方が申請する場合は、特定疾病によ
り介護が必要な状態となっている必要があります。
特定疾病については、五條市ホームページ「介護保
険の加入者について」をご確認ください。

被保険者の本人氏名を記入してください。
(代筆でも構いません)

氏名 **五條 太郎**