

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先) 富士見市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 5 年 6 月 7 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号																	
	医療 保険	保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 富士見市国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 埼玉県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他()		保険者番号	<input type="checkbox"/> 110353 (富士見市国保) <input checked="" type="checkbox"/> 39112354 (富士見市後期高齢) <input type="checkbox"/> その他()														
		被保険者証	記号	12345678		番号			枝番											
	フリガナ	フジミ タロウ			生年月日	大正・昭和 元年 12月 25日		性別	男・女											
	氏名	富士見 太郎																		
	住所	〒354-0021 富士見市大字鶴馬1800番地の1			電話番号		049 (251) 2711													
	前回の要介護認定の結果等※1	要介護状態区分 1 2 3 4 5			要支援状態区分 1 2															
申請の理由	食欲が低下し、体力が落ち、日常生活自立度が低下したため																			
入院・入所の状況 (過去6月間)	<input type="checkbox"/> 在宅 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関に入院又は介護保険施設に入所したことがある(又は現在も入院、入所している)			病院名(施設名)・所在地		期間														
				〇〇病院 □△市〇〇1丁目2番3号		令和5年1月2日～令和5年2月3日														
				〇△病院 □△市〇〇4丁目5番6号		令和5年2月3日～令和5年4月5日														

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)		
	住所	〒 電話番号 ()		

主治 医	主治医氏名	〇山 〇子		医療機関名	〇△クリニック	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇△市1丁目2番3号		電話番号	049 (250) 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	
-------	--

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、介護認定審査会による介護

注意!

必ず被保険者本人の署名をお願いします。
本人がどうしても書けない場合、家族の方が本人署名欄を代筆し、代理署名欄にも署名してください。

本人署名 富士見 太郎

代理署名 富士見 花子

被保険者欄

- 申請年月日 : 申請を提出される年月日を記入してください。
※ケアマネジャー等が代行する場合は、ケアマネジャー等が記入します。
- 介護保険被保険者番号 : 介護保険の被保険者証（桃色）に記載の被保険者番号を記入してください。
- 個人番号 : 更新の場合、記載しなくて構いません。
- 保険者名・番号 : 加入している公的医療保険にチェック・記入をしてください。保険者番号については、富士見市国民健康保険の場合は「110353」と、富士見市の後期高齢者医療の場合は「39112354」（同じ埼玉県後期高齢者広域連合でも発行元の市で番号が異なります）と記入してください。生活保護の場合は他にチェックのうえ括弧内に「生保」と記入し、保険者番号欄は空欄としてください。
- 医療保険被保険者証記号・番号・枝番 : 国保、社保の保険証の記号、番号、枝番を記入してください。生活保護の場合は記入不要です。後期高齢者医療の場合は番号欄に被保険者番号を記載してください。
- フリガナ氏名 : 被保険者の氏名及びフリガナを記入してください。
- 生年月日 : 被保険者の生年月日を記入してください。
- 性別 : 被保険者の性別を記入してください。
- 住所 : 被保険者の郵便番号と住所を記入してください。
- 前回の要介護認定の結果等 : 前回の要介護認定の要介護状態区分と有効期間をご記入ください。（例えば、要介護3の場合、3に○を付して、令和2年5月1日～令和4年3月30日などをご記入ください。）
- 申請の理由 : 区分変更申請をする理由を記入してください。
- 入院・入所の状況（過去6月間） : 申請日以前6ヶ月の間に、介護保険施設に入所したり、病院等に入院したりしたことがある場合は、介護保険施設（医療機関）の名称、所在地及び入所（入院）していた期間を記入してください。

提出代行者欄

介護サービスを利用されている方が、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）、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、又は介護医療院の職員が、提出を代行する場合に記入します。

自分自身又はご家族が申請する場合は記入不要です。

- 名称 : 介護保険施設若しくは地域包括支援センターの名称又は居宅介護支援事業者の事業所の名称を記入してください。
- 住所 : 介護保険施設若しくは地域包括支援センターの名称又は居宅介護支援事業者の事業所の所在地、郵便番号及び電話番号を記入してください。

主治医欄

主治医とは、かかりつけの医師をいいます。介護認定（更新）申請されますと、市から主治医に対し「意見書」の提出を依頼します。意見書は被保険者の身体の状態を把握し、適切な介護認定（更新）に不可欠なものです。主治医がない場合は事前に相談してください。

- 主治医氏名 : 主治医（かかりつけ医）の氏名を記入してください。
- 医療機関名 : 主治医（かかりつけ医）の医療機関名を記入してください。
- 所在地 : 主治医（かかりつけ医）の医療機関の所在地を記入してください。

第二号被保険者記入欄

第二号被保険者の記入欄は、40歳以上65歳未満の方で、脳血管疾患など16種類の特定疾病により要介護認定を受けている方（受けようとする方）が記入する欄です。

特定疾病名 : 16種類の特定疾病のうち該当する特定疾病名を記入してください。