

記載例

【要介護から変更申請をする場合】

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

門真市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 8年 4月 1日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		
	医療 保険	保険者名	〇〇〇 〇〇〇	保険者番号	0 1 2 3 4 5	
		被保険者 記号・番号	記号	〇〇〇	番号	0 1 2 3
	フリガナ	カドマ タロウ			枝番	0
	氏名	氏名	門真 太郎		生年月日	大昭平 16年1月1日
			性別	男 ・ 女		
	住所	〒123-4567 門真市〇〇町1-1 電話番号 123 (456) 7899				
	前回の要介護 認定の結果等	要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5				
		有効期限 令和〇年 △月 □日から 令和〇年 △月 □日まで				
	変更申請の 理由	例) 以前は、歩行できていたが、〇月〇日脳梗塞で入院し、寝たきりとなった。食事やトイレにも介助が必要になり、サービスを増やしたいため。				
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間				
	介護保険施設等の名称等・所在地	～				
	医療機関等の名称等・所在地	「現在の状態が以前よりどのように変わっているのか。」を詳しく記入してください。				
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間				
	門真〇〇病院 門真市□□町2-2	令和8年4月1日 ～ 未定				

提出 代行 者	名称	該当に〇 (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・介護予防施設)			
	住所	門真 花子 (続柄 妻)			
	住所	〒123-5678 門真市□□町3-3 電話番号 123 (456) 7891			
		●ご家族が代理で申請する場合 ●提出代行者の場合 門真 花子 (続柄 妻) 〇〇居宅介護支援事業書所			

主治 医	主治医の氏名	門真 一郎 医師		医療機関名	門真〇〇病院
	所在地	〒123-6789 門真市□□町3-3 電話番号 234 (567) 8192			

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判定結果・意見、主治医意見書、門真市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、門真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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する (地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。) ことに同意します。

当該認定に必要な情報 (認定・健康保険) 又は個人番号が不明な場合、公簿等 (マイナンバーを利用した情報連携含む) により、確認することに同意します。

本人氏名 門真 太郎

★必ずご記入ください。