

《申請に必要なもの》

- ①申請書
- ②介護保険被保険者証（原本）
- ③医療保険証（写）

《区分変更申請書記入例》

※消えるボールペンでは記入しないでください

わからない等、記入が困難な場合は空欄でも受付します。

※左記は後期高齢者医療被保険に加入の例です。
記号・枝番は記入不要です。
※国民健康保険、社会保険の方は保険者名・保険者番号・記号・番号・枝番をご記入ください。枝番がない場合は記入不要です。

本人、家族、入院先や施設の職員、ケアマネージャーなど、調査日時の連絡の取れる方をご記入ください。
※進捗状況や介護度等、申請に関するお問い合わせは本書類に連絡先がある方のみ回答可能です。

現在の要介護区分（または要支援区分）に○印をつけ、有効期間をご記入ください。

自宅にいる場合は☑在宅、自宅外、施設や病院にいる場合は☑入院・入所と場所を下段欄にご記入ください。

変更申請理由は詳しくご記入ください。

施設、別宅、病院などご本人が住民票と異なる場所にいる場合、実際に生活している場所をご記入ください。病院は病棟・病室名もご記入ください。
期間は退院、退所日不明の場合は「未定」とご記入下さい。
在宅の方は記入不要です。

現在のご本人の心身状況を把握している医師名（1名フルネーム）・診療科名・病院名・住所・電話番号・直近の診察日をご記入ください。
※3ヶ月以上受診していない場合は意見書を記入してもらえるか、事前に主治医にご確認ください。

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更

千代田区長 様
次のとおり申請

介護保険証に記載の10ケタの番号。

介護保険被保険者番号	0000000000	個人番号	000000000000
医療保険 保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39131016
医療保険 被保険者記号		番号	00000000
フリガナ	千ヨダ ハナコ	性別	男・女
氏名	千代田 花子	生年月日	明治・大正・昭和 〇年 〇月 〇日
住所	〒102-××××× 東京都千代田区九段南〇丁目〇番〇号 ××マンション〇〇〇号室	電話	〇〇(〇〇〇〇)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
現在の状況にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 在宅 <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所		
変更申請の理由	〇〇(病名)が悪化し寝たきりに近い状態で介護量の増加のため		
過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所(除くショートステイ)	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地 ××病院 〇階〇〇〇号室 (千代田区九段南〇-〇-〇)	期間	〇年 〇月 〇日 未定

マンション名・ビル名もご記入ください。

要介護状態区分 4

現在 在宅

変更申請の理由

過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所

提出代行者 名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)
提出代行者 住	

※本人・家族以外の方が申請する場合はご記入ください。

主治医について	該当に○主治医が	主治医がいる方(入院・通院中の方は、入院・通院先の医師など) *現在のあなたの心身の状況をよくわかっている医師	直近の診療日	年	
	いる	医師氏名(1名のみ)	〇〇 〇〇 (〇〇〇〇科)	医療機関名	××病院
	いない	所在地	〒102-×××××	電話	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇

施設、別宅、病院などご本人が住民票と異なる場所にいる場合、実際に生活している場所をご記入ください。病院は病棟・病室名もご記入ください。
期間は退院、退所日不明の場合は「未定」とご記入下さい。
在宅の方は記入不要です。

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(申請の際は、医療保険証のコピーを添付してください)
特定疾病名

※40歳から64歳の方は特定疾病名を主治医に確認の上、ご記入ください。

ケアマネージャー等への情報提供に関する同意欄です。
介護認定で得た資料をケアプラン作成等に使用することに同意する場合は本人氏名を署名してください。
代筆の場合は、本人氏名の下に代筆者の氏名・本人との関係をご記入ください。

本人氏名 千代田 花子
代筆 千代田 太郎(長男)