

介護保険 要介護更新認定・要支援更新認定区分変更 申請書

東大和市長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 6 年 10 月 15 日

被 保 険 者	介護保険被保険者証	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号																						
	医療保険	保険者名											保険者番号	個人番号、医療保険の項目は、わかる範囲で記入してください。											
		被保険者証	記号											番号											
	フリガナ	ヒガシヤマト ハナコ										生年月日	昭和 20 年 10 月 15 日												
	氏名	東大和 花子										性別	女												
	住所	〒 207-8585 東大和市中心 3-930										電話番号	042-563-2111												
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 3										要支援状態区分													
		有効期限 令和 5 年 12 月 1 日 から										令和 6 年 11 月 30 日													
	変更申請の由	ADL低下のため ※できるだけ具体的に記入してください。																							
	過去6か月の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間													
〒										年 月 日 ~ 年 月 日															
介護保険施設等の名称等・所在地										期間															
〒										年 月 日 ~ 年 月 日															
無	医療機関等の名称等・所在地										期間														
	〒										年 月 日 ~ 年 月 日														
医療機関										入院又は入所されている場合は、こちらを「有」として、介護保険施設や医療機関等の名称等・所在地、期間を記入してください。															

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・介護老人保険施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院） 〇〇事業所																					
	住所	〒 207-8585 東大和市中心 9-930																					

主治医	主治医の氏名	東 大 和										医療機関名	◎◎病院											
	所在地	〒 207-8585 東大和市中心 9-930										電話番号	042-563-2111											

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	65歳未満で介護認定申請をする場合は、特定疾病の名称を必ず記入してください。																					
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス利用申請書（介護保険被保険者・被介護者）に必要事項を記入し、本人または代理人（代理人は、本人の同意を得た上で、本人の署名を捺印し、捺印した申請書に捺印した本人の氏名と本人との関係を記入してください。）を提出してください。また、認定結果を伝えることとなります。

本人の署名の他、代筆者がいる場合は、代筆者氏名と本人との関係を記入してください。

同意の場合は、右欄に署名をお願いします。

本人氏名	東大和 花子																						
代筆者氏名	東大和 春子										本人との関係	（ 長女 ）											