

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 8 年 4 月 1 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 東大和市中中央 3-930										電話番号	042-563-2111												
	前回の要介護認定の結果等	有効期限	変更申請の理由は必ず記入してください。										要支援状態区分	から 令和 10 年 11 月 30 日											
	変更申請の理由	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											
医療機関等の名称等・所在地		〒										期間	年 月 日 ~ 年 月 日												
無		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。										期間	年 月 日 ~ 年 月 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 東大和市中中央 9-930 主治医の氏名・医療機関名は必ず記入してください。												

主治医	主治医の氏名	東 大 和										医療機関名	◎◎病院											
	所在地	〒 207-8585 東大和市中中央 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。												
-------------------------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービスによる判定結果施設の関係人サービス事業者の関係して介護情報がある場合、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と支援センター（地域包括支援センター）、居宅介護支援事業者、居宅支援事業者、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

本人氏名を記入してください。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）												