介護保険［　要介護認定・要支援認定区分変更　］申請書

記入例

うるま市長　様
次のとおり申請します。

個人番号											

被保険者	介護保険被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	2	3	4	申請日	令和	4	年	4	月	1	日
医療保険	保険者名	うるま市国民健康保険										保険者番号	000001						
	被保険者記号・番号	記号	う国									番号	1234			枝番	01		
	フリガナ	ウルマ　タロウ										生年月日	昭和	●	年	●	月	●	日
	氏　名	うるま　太郎										性別	(男)・女						
	住　所	〒 904-2292 うるま市みどり町１－１－１ 電話番号 098-123-456																	
	前回の要介護認定の結果等	介護度	要支援　１　２　要介護　１　２　３　４　５																
		有効期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日																
		14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市町村）名［　］ ・要支援認定を申請中ですか。 場合は「いいえ」を選択してください。） 場合、申請日：　令和　年　月　日										はい・いいえ						
	医療機関・介護保険施設等の入院・入所の有無 (有)・無	医療機関名	●●病院																
		所　在　地	うるま市みどり町●●●																
		介護保険施設名																	
		所　在　地																	

病院に入院している方はこちらへ記入。

特別養護老人ホーム・老人保健施設に入所の方はこちらへ記入。

区分変更申請理由	区分変更申請の理由を記入してください。

申請者氏名	うるま　次郎　（ケアマネさんの代理申請の場合も記入）	本人との関係	子
提出代行者名称	該当に○（ 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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 ） 居宅介護支援事業所　○○○　（家族が申請する場合は記入不要）		
申請者住所	〒 904-0000 申請者の住所または居宅介護支援事業所等の住所を記入 電話番号 ○○○-○○○		

主　治　医	主治医氏名	安慶名　ハナコ	医療機関名	●●病院
	所　在　地	〒 電話番号		

主治医意見書を記入してもらう医療機関名・主治医氏名を記入。

2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	脳血管疾患

65歳未満の方は記入。

介護サービス計画の作成等介護保　に必要があるときは　か
る調査内容、介護認定審査会によ　医意見書を地域包括　、
居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師　員
に提示すること及び裏面記載事項に同意します。

家族が代理で記入する場合、代筆者氏名・続柄を記入。

本人氏名　うるま　太郎　　代筆者氏名　うるま　次郎　　続柄：　子