

介護保険

要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

うるま市長 様
次のとおり申請します。

個人
番号

記入例

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								
	被保険者証	記号	う国					番号	1234	枝番	01							
被 保 険 者	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 病院に入院している方は こちらへ記入。 要支援認定を申請中ですか。はい・いいえ (いいえを選択してください) 場合、申請日: 令和 年 月 日																
	医療機関・ 介護保険施設等 の入院・入所の 有無	医療機関名	●●病院															
有・無	所在地	うるま市みどり町●●●																
	介護保険施設名	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。																
所在地																		

区分変更
申請理由

区分変更申請の理由を記入

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																
-------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険
の調査内容、介護認定審査会によ
り、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
に提示すること及び裏面記載事項に同意します。

65歳未満の方は記入。
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