

申請書の記入欄は以下の書類等を参考に記入してください。

- ・介護保険被保険者番号：介護保険被保険者証
- ・個人番号：マイナンバーカード、通知カード
- ・医療保険：健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書
健康保険証利用登録したマイナンバーカードであればマイナポータル
- ・前回の要介護認定の結果等：介護保険被保険者証

【申請書記入例】

様式第30号(第34条、第37条関係)

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

わからない等、記入が
困難な場合は、空欄でも提出できます。

社会保険加入の方、後期高齢者医療保険加入で上三川町に住民登録がない方は記入。(それ以外の方は記載を省略できます。)

上三川町長 様

介護保険被保険者証に記載の8ケタの番号

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日

現在お持ちの介護度と有効期間を記入。

変更する理由を具体的に記入。

申請時点から過去6か月の入院入所の有無に○をする。有の場合は施設名称と期間を記入。

日頃よくかかっている医療機関と医師の名前を記入。(入院中の場合は入院している医療機関名等) ※長期間受診しておらず意見書が記入できない場合は、受診をお願いする場合があります。

介護保険被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
医療保険者名	〇〇健康保険組合	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇	枝番 〇〇
フリガナ	カミノカワ タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
氏名	上三川 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒329-〇〇〇〇 上三川町上三川〇〇〇〇番地 電話番号 56-〇〇〇〇		
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5 要支援状態区分 1 2		
変更申請の理由	大腿骨頸部骨折により状態が悪化した		
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	〇〇病院 上三川町上三川〇〇〇〇番地	期間	〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日

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・介護老人保健施設・介護医療院)

提出代行者の名称	〒 ケアマネージャーや入所施設が代行申請する場合に事業所名等を記入
住所	電話番号

主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
所在地	〒329-〇〇〇〇 上三川町上三川〇〇〇〇番地 電話番号 〇〇-〇〇〇〇		

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保加入者)のみ記入

特定疾病名	40歳から64歳の方は 特定疾病名 を記入(わからない場合は主治医に確認)
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を上三川町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型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又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

上三川 太郎

代筆 上三川 一郎(子)

本人が記入する場合は、本人氏名欄に署名。本人が記入できない場合、本人氏名を代筆し、代筆者氏名と本人との関係を記入。

※郵送で申請される方は、この面も記入してください。

窓口で申請される方は、この面の記入は不要です。裏面の申請書のみ記入してください。

【記入例】

訪問調査連絡票

この連絡票は、訪問調査を実施するに当たり事前に確認が必要な事項について伺うものです。該当するところに記入または✓をしてください。この連絡票を基に訪問調査の調整等させていただきますので、ご協力をお願いします。

被保険者番号	△△○○○○○○○○	※保険者・事業所記入欄 訪問調査： 月 日 () : ~
被保険者氏名 (調査対象者)	フリガナ カミノカワ タロウ 氏名 上三川 太郎	場 所： 立会者： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
日程調整のための連絡先	フリガナ カミノカワ イチロウ 氏名 上三川 一郎	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居等 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 他 続柄等 (子) ケアマネージャの場合 (事業所名)
平日昼間に連絡の取れる電話番号を記入してください	連絡先① <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 080-0000-0000	連絡先② <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 56-0000
※日程調整の連絡は午前8時30分から午後5時15分までの間に電話にて差し上げます		
調査立会者	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 上記の連絡先の方 フリガナ 事業所名 () <input checked="" type="checkbox"/> あり 氏名 続柄等 () 電話 ()	ケアマネージャの場合は事業所名も記入してください。
訪問調査先	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票記載の住所 <input type="checkbox"/> 入所先・入院先 医療機関・施設名 入院の場合 (病棟名等) (例：○○病棟3F南、本館4F北) 入院中で、転院又は退院予定がある場合は、下記も記入してください。 転院・退院予定先 () 予定日 (年 月 日頃) 電話 () <input type="checkbox"/> その他 住所 電話 ()	
認知症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
主たる疾病	<input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり (疾病名： 大腿骨頸部骨折) (例：脳梗塞、パーキンソン病、○○骨折)	
その他留意事項	調査において特に配慮が必要なことや注意事項等、認定調査員にあらかじめ知っておいてほしいことや話したいことがあれば記入してください。 ・耳が聞こえにくいので大きな声で話してほしい ・本人に告知していない病気がある	

《町処理欄》

被保険者証	資格者証発行	医療保険情報確認	介護保険料確認	調査連絡調整 (調査員記入)
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 済	月 日 対応者：