

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：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居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。)

現在お持ちの介護度

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。

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

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	医療保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
医療被保険者記号・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"/> 2 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	介護保険施設等の名称等・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

提出代行者

名称 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

住所 〒 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

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

電話番号

主治医

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、主治医意見書、上三川町が提供を受けた介護サービス計画及び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施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、介護保険施設、介護予防支援事業者、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事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意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(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)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。

