

【記入例】

表

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

長浜市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 R 5 年 8 月 1 日

被保険者番号	0 6 0 0 9 9 9 9 9 9	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				
医療保険	保険者名	長浜市	保険者番号	252031			
	被保険者証	記号	滋長	番号	12345678	枝番	
フリガナ	ナガハマ タロウ			生年月日	明・大(昭) 20 年 1 月 1 日 (78 歳)		
氏 名	長浜 太郎			性 別	(男) ・ 女		
住 所	〒526-8501 長浜市八幡東町 632 番地 電話番号 (0749) 65 - 8252						
前回要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 (2) 3 4 5			要支援状態区分 1 2			
変更申請の理由	有効期間 R5 年 4 月 1 日 から R6 年 3 月 31 日 まで						
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～
(有) ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地			期間	年	月	日～
	医療機関等の名称等・所在地 〇〇病院			期間	R5 年 7 月 1 日～ R5 年 7 月 14 日		
	医療機関等の名称等・所在地			期間	年	月	日～

医療保険（保険者名、保険者番号、被保険者証、記号、番号等）をご記入ください。
※40歳から64歳の方は必須です。

6か月以内に介護保険施設（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設等）に入所または医療機関に入院した期間があればご記入ください。

事業所等が代行申請される場合は、名称の記入と、事業所印の押印等をお願いします。

申請者の現在の状況を一番ご存知の主治医を1名と医療機関をご記入ください。

64歳以下の方については、特定疾病名をご記入ください。

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・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院）
	住 所	〒 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
	住 所	〒	電話番号	

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

特定疾病名	
-------	--

裏

(<https://www.city.nagahama.lg.jp/0000002594.html>)