

【区分変更申請時の注意事項】

※申請日の取り扱いについて。

ご記入いただいた申請日に関わらず、申請書を市役所で受付した受理日が申請日となります。

申請日を1日付にされたい場合は、当日に窓口にお持ちいただくか、必ず配達日指定郵便をご利用ください。なお、1日が土・日・祝日にあたる場合は、前開庁日のみ1日付申請を受付します。

記入例

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

次のとおり申請します。

被保険者番号		0 0 0 0 × × × × × × × ×	個人番号	1 2 桁の	
被保険者(本人)	保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合		申請年月日	令
	被保険者証	記号		保険者番号	39132
	フリガナ	フチュウ タロウ		番号	12345×××
	氏名	府中 太郎		生年月日	明・大
住所	〒 183-8703		性別	男・女	
	府中市宮西町2-24		電話番号	042 (364) 4111	
前回の要介護認定の結果等	要支援状態区分	1 2 3 4	要介護状態区分	1 2 3 4	
申請理由	骨折による状態悪化				
※申請者欄は本人以外が提出する場合に記入してください。					
申請者等	フリガナ	フチュウ ハナコ		妻	
	氏名	府中 花子			
	住所(所在地)	〒 183-8703		電話番号	() 4111
提出代行者欄		名称			
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		所在地 〒	電話番号 ()	
本人の居場所	1~3に○印を付けてください。また、本人の居場所が「1」住所に記入してください。※ショートステイ除く。	1 住所地	2 病院・施設	3 その他(家族宅等)	
	必ずどれかを選び、○をつけてください。				
	予定期間	入院・入所・滞在開始日	退院・退所		
※主治医意見書の作成を依頼したい病院名(かかりつけ、入院先)等を記入してください					
主治医	医療機関名	〇〇クリニック		電話番号	
	所在地	〒 183-8703			
	主治医氏名(1名のみ記入)	並木 けやき		〇日	
診療科目	内科		〇日		
※2号被保険者(40歳から64歳)のみ記入					
特定疾病名					
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・要支援認定に係る調査内容、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府中市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業に提示した医師又は認定調査に従事した調査員に提示					
ケアプラン作成等のため、ケアマネジャーや主治医より、調査票、主治医意見書、および判定結果の開示の申し出があった場合、開示をしても差し支えなければ、ご署名をお願いします。					
被保険者本人氏名	府中 太郎		府中 花子 (妻)		

・個人番号(マイナンバー)
・医療保険(健康保険や後期高齢者医療保険)の各欄については、記入がない場合でも受付ができます。

前回の認定結果を記入してください。

本人以外の方が提出する場合記入してください。提出代行者に該当しない介護事業者等が提出する場合も記入はこちらです。(押印不要)

提出代行者のみ記入してください。その他の方は上段の枠に記入してください。

市から主治医に意見書の作成を依頼します。こちらの欄は申請者の方が記入してください。複数の医療機関を受診されている方は依頼する主治医を1名お選びください。

2号被保険者(40歳から64歳)の方は記入してください。必ず医療保険証の写しも添付してください。

ケアプラン作成等のため、ケアマネジャーや主治医より、調査票、主治医意見書、および判定結果の開示の申し出があった場合、開示をしても差し支えなければ、ご署名をお願いします。

裏面も必ずご記入ください

記入例 (裏面)

要介護・要支援認定調査に伴う連絡事項

次の事項について、該当する部分に○印又は具体的にご記入ください。

*** 申請理由** ～表面の変更申請理由に書ききれないことがあればご記入ください。～

* 認定調査時の同席者について

～調査に際して、できる限り同席者をお送りください。同席をお願いいたします。～

1 いない

2 いる

申請者 (ご記入ください。)

申請者と異なる方 (下記へもご記入ください。)

※調査員が調査日の調整をするために後日、ご連絡いたします。

フリガナ

氏 名

(本人との続柄)

住 所

連絡先 【第一希望】 自宅・携帯・その他 042 (364) 4111

【第二希望】 自宅・ 携帯・その他 090 (0000) 0000

※同席予定者 以外の方と調査日の調整を希望される場合は、氏名等をご記入ください。

(氏名) (続柄) (☎)

*** その他の連絡先** ～本人や申請者に連絡がつかない場合に使用させていただきます。～

フリガナ フチュウ サプロウ

氏 名 府中 三郎

住 所 府中市寿町1-5 府中駅北第二庁舎

連絡先 自宅・携帯・その他 042 (000) 0000

該当する方がいなければ、記入不要です。

* 調査員に事前に知らせておきたいこと

～申請後、おおむね1か月以内に予定している外出（デイサービスや通院日など）の日程や調査時に配慮してほしいことなど、事前に調査員に伝えておきたいことがあればご記入ください。～

※ショートステイ・入退院の予定がある場合は、必ずご記入ください。

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、主に施設ご入所中の場合等で、認定調査時に特別な対応が必要な場合はこちらにご記入ください。

以下記入不要（事務処理用確認欄）

備考欄

この欄には、記入しないでください。

受付

被保険者証押印処理

— 問合せ先 —

府中市福祉保健部介護保険課介護認定係

☎ 042-335-4309 (直通)