

変更申請

様式第40号（第24条関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

日光市長様

次のとおり申請します。

申請年月日

R〇年〇月〇日

介護保険 被保険者番号		個人番号	
医療保険 被保険者名	〇〇保険	保険者番号	90175
被保険者証 記号	123	番号	456
フリガナ	ニッコウ ハナコ	生年月日	〇年〇月〇日
氏名	日光 花子	性別	男・女
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 日光市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇-〇〇〇〇		
前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 有効期限 令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日		
変更申請の理由	歩行が困難になり介助の負担が増えたため		
過去6ヶ月間の 介護施設等への 入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地 〇〇施設 期間 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日 介護保険施設等の名称等・所在地 〇〇施設 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 〇〇病院 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 〇〇病院 期間 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日		
有・無			
提出代行者 名称	該当に〇（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）		
住所	〒 電話番号		
主治医	主治医の氏名	楊木 次郎	医療機関名 〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 日光市〇〇町〇〇番地 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
-------	-------

介護サービス又は介護予防サービス提供を受けるために必要がある場合は、要介護認定・要支援認定に係る要請内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書も日光市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス業者、介護保険施設等の関係人、主治医意見書を記載した紙類、認定調査に答えた調査員その他の市民が該当と認められるものに提出することになります。

裏面もご記入ください→

（本人氏名）	日光 花子	（代筆者名）	日光 太郎 子			
（※市記入欄）	連絡先（電話番号）	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
受付	保険料滞納状況	被保険者証	入力	意見書	認定調査	☒ 区分変更 備考
	滞納 有・無	有・無	済	済		

裏面

治療中の病気	〇〇〇〇		※がんの場合のみ記入	本人の告知 済・未
調査場所	☒ 住所地の自宅 ☐ 表面記載の介護保険施設（電話番号） ☐ 表面記載の医療機関（電話番号） ※入院中の場合、ご記入ください ・入院理由（ ） ・入院場所（ 階 病棟 号室） ☐ その他（ ） （住所） ・電話番号（ ）			
調査同席者	氏名	日光 太郎	本人との関係	子
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇		
サービス 利用状況	☐ ヘルパー 週 回（ 曜日） ☐ デイサービス 週 回（ 曜日） ☐ デイケア 週 回（ 曜日） ☐ ショートステイ（利用日： 月 日～ 月 日） ☐ 訪問看護 週 回（ 曜日） ☐			

記入のしかた

お手持ちの医療保険証を参考に医療保険者名・保険者番号・記号・番号・枝番を記入してください。

お手持ちの介護保険被保険者証を参考に認定を受ける方の氏名・住所・要介護認定状況を記入してください。

変更申請理由を記入してください。

申請時点または6ヶ月以内で介護保険施設や病院に入所・入院している場合（ショートステイは除く）のみ、記入してください。

主治医意見書の依頼先（かかりつけ医）を記入してください。

認定を受ける方が40～64歳の場合のみ記入してください。

原則として、本人氏名は本人が署名してください。

本人が署名できない場合は家族が本人氏名及び代筆者名を署名してください。

代筆の場合は日中連絡の取れる連絡先を記入してください。

治療中の病気を記入してください。

認定調査を行う場所、同席者、現在のサービス利用状況について記入してください。

<留意点>

- 現在サービスを利用していない方は、サービスを使いたい時に申請してください。
- 申請書と一緒に、ピンク色の「介護保険被保険者証」を提出してください。
- 代行申請の場合、市役所で受付した日が申請日となります。