

※不明な場合は、  
無記入でも結構です

提出日(申請日)を  
記入してください

### 【申請書の記入例】

## 介護保険 要介護認定・要支援区分変更認定申請書

茨城県潮来市長 原 浩道 様  
次のとおり申請します。

申請年月日

令和 年 月 日

介護保険 被保険者番号					個人番号					
医療 保険	保険者名	茨城〇〇〇健康保険組合			保険者番号	00000000				
	被保険者 記号・番号	記号	123		番号	12345		枝番	02	
フリガナ	イタコ タロウ				生年月日	(大) 昭 10年 1月 1日				
氏名	潮来 太郎				性別	(男) 女				
住所	〒 311-2424 茨城県〇〇市〇〇1234番地				電話番号	0299-63-1111				
前回の要介護認定の 結果等 <small>※要介護・要支援更新認 定の場合のみ記入</small>	要介護状態区分	① 2 3 4 5			要支援状態区分	1 2 (非該当)				
	有効期間	5 年 1 月 1 日から 6 年 4 月 2 日								
変更申請の理由	※いつから・どこが・前回認定時とどう違うのかをご記入ください ・これまで自立していたが排泄行為の失敗が増えたため ・認知症状の進行に伴い、徘徊行為が頻回に出てきたため など									
過去6か月間の 介護保健施設 医療機関等 入院・入所の有無 (○を)	入院・ 入所施設名	〇〇〇〇〇〇病院				入院・入所の期間	R5年4月1日～			
	所在地	千葉県〇〇市〇〇5678番地				現在も入院・入所中	(○)			

変更申請の理由は必  
ず記入してください

被保険者名を  
記入してください

※入院・入所してい  
る(していた)方は記  
入してください

(提出代行者) 申請者	氏名(名称)	イタコ ハナコ 潮来 花子			保健施設・指定介護療養型医療施設) 者名( )
	住所	〒 311-2424 茨城県〇〇市〇〇1234番地			電話番号 0299-63-1111

※本人が提出できない場  
合、家族等が代理申請す  
るときは記入してください

主治医	氏名	診療科( )	医療機関名	直近の受診日: 〇月 〇日
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇5678番地		電話番号 0478-11-〇〇〇〇

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

※医療保険証のコピーが必要です。

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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潮来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。

※裏面も必ず記入してください

本人氏名

潮来 太郎

日頃かかりつけ(体の状態がわかる)の先生  
のお名前・医療機関等を記入してください