

変更申請書記入例

様式第7号の2

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

介護保険の被保険者番号をご記入ください。 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0											ご加入の医療保険の番号等をご記入ください。 ※後期高齢者医療制度の方は、記号と枝番は不要です。											
被 保 者	介護保険被保険者番号										医療保険被保険者番号	後期高齢										
	保険者名	後期高齢									保険者番号	39112081										
	被保険者記号・番号	記号								番号	01234567							枝番				
	フリガナ	トコロザワ タロウ									生年月日	昭和5年5月5日										
	氏名	所沢 太郎									性別											
	住所	〒359-1111 埼玉県所沢市並木1-1-1																				
		電話番号 04-1234-5678																				

保 険 者	現在の介護度と有効期間をご記入ください。	介護状態区分	1 2 3 4 5					要支援状態区分	1 2											
	認定の結末等	有効期限	令和 8年 4月 1日 から 令和 9年 4月 31日																	
	変更申請の理由	入院し、状態が変わったため																		
	過去6月間の介護保健施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間																	
		介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日																
		医療機関等の名称等・所在地	期間	R7年 4月 1日 ~ R8年 4月 31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	所沢 介保(子)																				
	住所	〒359-1111 埼玉県所沢市並木1-1-1																				
		電話番号 090-1234-5678																				
主 治 医	主治医の氏名	内科 福祉 花子 先生									医療機関名	所沢市病院										
	所在地	〒359-0025 埼玉県所沢市下安松1224-1																				
		電話番号 04-9876-5432																				

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																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サ
調査内容
防サービ
地域包括
子防支援
支援総合
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。

第2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)の方は、特定疾病の疾病名をご記入ください。(疾病名は略称でも構いません。)

①筋萎縮性側索硬化症 ②後縦靭帯骨化症 ③骨折を伴う骨粗鬆症 ④多系統萎縮症 ⑤初老期における認知症
⑥脊髄小脳変性症 ⑦脊柱管狭窄症 ⑧早老症 ⑨糖尿病性神経障害等 ⑩脳血管疾患 ⑪パーキンソン病関連疾患
⑫閉塞性動脈硬化症 ⑬関節リウマチ ⑭慢性閉塞性肺疾患 ⑮両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
⑯がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)

本人氏名： 所沢 太郎 (代筆者： 所沢 介保 続柄： 子)

同意について、ご協力をお願いいたします。なお、パソコン等で申請書を作成した場合でも、同意欄の本人氏名・代筆者氏名・続柄は直筆していただくようお願いいたします。

受付者 ()