

変更申請書記入例

様式第7号

介護保険		要介護認定・要支援認定		申請書		
介護保険の被保険者番号を ご記入ください。		要介護更新認定・要支援 □新規 □更新 □区変		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 険 者 者	介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個			
	医療 保険 被保険者 記号・番号	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		
	氏名	トコロザワ タロウ	生年月日 昭和5年5月5日	申請について、確認する 場合がございます。		
	住所	所沢 太郎	性別			
		〒359-1111 埼玉県所沢市並木1-1-1	電話番号 04-2998-1111			
	前回の要介護	要介護・要支援更新認定の場合の ト記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2		
		有効期限 令和7年1月1日から 令和8年12月31日				
	現在の介護度と有効期間 をご記入ください。					
	出元自治体(市町村)名 [] 在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (に認定結果通知を受け取っている場合は、「いいえ」を選択してください。) 「はい」の場合 申請日 はい いいえ 年 月 日					
過去6ヶ月間の介護 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 所沢市病院		期間 R7年4月1日 ~ R8年1月31日			
	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 年 月 日 ~ 年 月 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	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者) 所沢 介子(子)		申請について、確認する 場合がございます。		介護認定
	住 所	〒359-1111 埼玉県所沢市並木1-1-1		電話番号 090-2998-1111		大学病院等については 主治医の①診療科②氏名 までご記入ください。
主 治 医	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 04-2998-1151

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	同意について、ご協力を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。	
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営 調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び 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 調査員に提示することに同意します。		

本人氏名: 所沢 太郎 (代筆者: 所沢 介子 続柄: 子)

第2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)の方は、特定疾病的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。)