

## 變更申請書記入例

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	介護保険 被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個	不要です。
	医療保険	保険者名	後期高齢					保険者番号			39112081		
保	被保険者 記号・番号	記号						番号	01234567			校番	
	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		申請について、確 場合がございます。			
	住所	〒359-1111 埼玉県所沢市並木1-1-1						電話番号		04-2998-1111			
険	前回の要介護	要介護・要 支援更新認 定の場合の 要記入	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 年 月 日											
者	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 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					
	有・無	医療機関等の名称等・所在地						期間 年 月 日 ~ 年 月 日					

申請について、確認する  
場合がございます。

現在の介護度と有効期間  
をご記入ください。

申請について、確認する  
場合がございます。

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。

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） <b>所沢 介子（子）</b>		申請について、確認する 場合がございます。	介護保険 大学病院等について 主治医の①診療科 までご記入ください
	住 所	〒359-1111 埼玉県所沢市並木1-1-1		電話番号 090-2998-1111	
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	<p>同意について、ご協力をお願いいたします。なお、パ          等で申請書を作成した場合でも、同意欄の本人氏名          筆者氏名・続柄は直筆していただくようお願いいたしま</p>
-------	---

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。

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後縦靱帯骨化症 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。)