

記入例（区分変更申請の場合）

※①介護保険被保険者証
※②医療保険被保険者証

①申請日を記入します。

②区分変更には☑します。

申請日 令和 ○年 4月 1日

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input checked="" type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入		転出元市町村名： _____ 異動日： ____/____/____		
被保険者	※①被保険者番号	0000123456	個人番号	123456789012		
	※②医療保険	保険者名	長野県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39202155
		被保険者証	記号	一	番号	12345678
	フリガナ	シオジリ タロウ		生年月日	明・大 昭 ○年 4月 1日	
	氏名	塩尻 太郎		性別	男 ・ 女	
	住所	〒 399-0786 塩尻市大字大門7番町3番3号 (電話 0263-52-0280)				
認定調査訪問先住所	(上記住所と異なる場合に記入してください) ③点線内の該当する項目を記入します。					
主治医	医療機関・施設の名称	〇〇病院 (診療科： 〇〇科)	主治医名	長野 一郎		
	所在地	塩尻市大字〇〇〇番地 (電話 52-〇〇〇〇)				
該当者のみ記入	前回の要介護及び要支援認定の結果	【介護区分】 要支援 1・② 要介護 1・2・3・4・5 非該当				
	他の市町村から転入(14日以内)	現在、転出元の市町村に要介護認定申請中である場合は、転入後14日以内に転入先の市町村に要介護認定申請してください。 <input type="checkbox"/> はい(申請日) _____ (認済) ◆40歳以上65歳未満の方は記入します。				
	第2号被保険者の方(40歳以上65歳未満)	特定疾病名	例：脳血管疾患			
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 身体状況(☑悪化/□改善) <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の進行 <input type="checkbox"/> その他()					
現在の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他()					
介護保険施設、医療機関等名称・所在地(短期入所を除く。)	入所・入院施設の名称	_____		入所(入院)日	____.____.	
	所在地	_____		退所(退院)日	____.____.	
		(電話 _____)				
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定又は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及び意見並びに主治医意見書を塩尻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、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。						
		④本人氏名を記入します。		本人署名	塩尻 太郎 印	
		(本人自署の場合は押印不要)				
※申請者が被保険者本人の場合、記入不要です。 ⑤申請者が本人以外の場合に記入します。						
申請者	氏名(担当者)	塩尻 次郎		本人との関係	長男	
	住所	〒 399-0786 塩尻市大字大門7番町3番3号		連絡先	自宅 0263-52-0280 携帯 090-0000-0000 その他 _____	
提出代行業業者名(該当事業所に☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 ※ケアマネジャー等が申請を代行する場合のみ記載。					