

【記入例】

* 居宅介護支援事業者（ケアマネージャー）、介護保険施設はこの申請の提出代行を行えますので、現在介護サービスを利用してみえる方は、ご契約されている事業所にご相談ください。

介護保険要介護・要支援（認定 更新認定 ）認定変更		個人番号は、H28.1.1以降に申請したことがある方は記入不要です。ただし、記入された場合は確認書類が必要になります。なお、新規に申請される方などは必要です。	
東員町長 様		申請年月日 令和 ● 年 ● 月 ●● 日	
次のとおり申請します。		フリガナ トウイン タロウ	
被保険者氏名 (介護が必要な方)	東員 太郎	性別	男
	個人番号	00000000000000	
	介護保険被保険者番号	0324000000	
住所	〒511-0251 東員町大字山田1600番地		生年月日 明・大 昭 3 年 7 月 28 日
医療保険	保険者名	後期高齢者医療広域連合	保険者番号 1234567
	被保険者証	記号 00000	番号 枝番
前回の要介護認定結果等 (更新・変更申請の場合のみ記入)	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援 1 2
	有効期間	R3 年 6 月 1 日 ~ R4 年 5 月 31 日	
変更申請理由 (変更申請の場合のみ記入)	変更申請の場合のみ、申請理由として、心身の状態が変化した状況等をご記入してください。		
介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 *短期入所を除く	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	介護保険施設・医療機関等の名称	●●●●病院
		所在地	〒511-1111 桑名市●●町▲▲番地 電話番号 0594-33-3333
主治医	医療機関名	●●●●病院	医師氏名 桑名 二郎
	所在地	〒511-1111 桑名市●●町▲▲番地	電話番号 0594-33-3333
提出代行者	名称 (氏名)	1. 居宅介護支援事業者 2. 介護保険施設 3 その他 (子) *該当に○をしてください。	
	住所	〒511-0251 東員町大字山田1700番地 電話番号 0594-86-2805	
調査希望日	第1希望	4 月 13 日	午前 午後
	第2希望	4 月 17 日	午前 午後
	第3希望	4 月 22 日	午前 午後
調査立会い希望者の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		調査実施場所 自宅 <input checked="" type="radio"/> 入院入所施設
調査時に、家族等が立会いを希望するかどうか記入ください。	東員 一男 (続柄 子)		電話番号 0594-86-2805
可能な時間帯	平日の午前8時~10時まで (午後は不在が多い)		
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。			
特定疾病名	脳血管疾患		65歳以上の方は記入しなくて結構です。
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、東員町から地域包括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調査に従事した調査員に提示すること、更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定は、認定延期通知を省略することに同意します。			
本人氏名 東員 太郎			上記の内容に同意する旨の署名になります。本人が署名不可能の場合は代筆でも結構です。