

次の書類を申請書に添付してください。

- ・介護保険被保険者証の原本（紛失した場合は再交付申請書）
- ・65歳未満の方のみ、医療保険証のコピー

# 記入例

## 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

申請者氏名	松前 花子	申請年月日	令和 ○年 ○月 ○日
提出代行者 名称	該当に○(予防支援事業所・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)		
申請者住所	〒***-**** 松前町大字○○ ○○番	本人との関係	妻

家族等代理の方が申請する場合、代理の方の住所・氏名を記入してください。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 * * * * * *	個人番号	*****
	医療保険者名	愛媛県後期高齢者医療 広域連合	医療保険被保険者証 記号・番号・枝番	*****
	フリガナ	マサキ タロウ	生年月日	明・大 昭 **年 **月 **日
	氏名	松前 太郎	性別	男 ・ 女
	住所	〒***-**** 松前町大字○○ ○○番	電話番号( )-( )-( )	
	前回の要介護認定 の結果等	要介護状態区分 ① 2 3 4 5 有効期間 ○年 ○月 ○日から ○年 ○月	前回の認定結果と変更申請の理由を 具体的に記入してください。	
	変更申請の理由	病状が悪化（骨折・認知症進行等）し、日常生活が困難になったため。		
介護保険施設入所 の有無 (短期入所を除く)	有	入所施設名 所在地	主治医の氏名はフルネームを記入してください。 申請書提出後、役場から主治医へ意見書の依頼を しますので、事前に先生が意見書を書いてくださ るかどうかの確認をしてください。	
無			電話番号( )-( )-( )	

主 治 医	主治医の氏名	岡田 一郎
	所在地	〒***-**** ○○町△△番地

電話番号( )-( )-( )

2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	
-------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のため  
る調査内容②介護認定審査会による判定結果・意見③主治医意見書  
予防支援事業所・居宅介護支援事業者・居宅サービス

65歳未満の方のみ特定疾病名を記入してく  
ださい。特定疾病名が不明の場合は、主治医  
へ御確認ください。  
※65歳以上の方は記入不要です。

個人情報の取り扱いについての同意欄です。  
本人が署名できない場合、本人氏名を代筆  
し、その下に、「代筆」と書いて代筆者の氏  
名も記入してください。

本人氏名 松前 太郎  
代筆 松前 花子

# 訪問調査連絡票

日程の調整	連絡先	1 本人	2 本人以外
	フリガナ		マサキ ハナコ
	氏名		松前 花子
			本人との関係( 妻 )
	住所		松前町大字〇〇 〇〇番地
	電話番号 (携帯電話)		***-***-****

訪問調査の日程調整を行う方の連絡先を記入してください。

訪問先	1 自宅(住民票上の住所)			
	2 入院先	病院名:	病棟	階 号室
		入院日: 年 月 日	退院予定日: 年 月 日・未定	
	3 入所先	施設名:		
	入所日: 年 月 日			
4 その他	住所:			
	世帯主:			

自宅(住民票の住所)以外の場所にいる場合、調査場所がわかるように2~4へ記入して下さい。  
※退院予定日は、おおよその見込みで差支えありません。

調査同席者	1 いない			
	2 いる			
	氏名	松前 花子	本人との関係	妻
	電話番号 (携帯電話)	***-***-****		

同席を希望する方がいる場合は、氏名等を記入してください。

訪問調査は月~金曜日9:00~16:00にさせていただきます。土日祝日は役場閉庁です。  
通院・サービス利用など都合が悪い日や曜日、時間がありましたら2へ記入してください。

訪問日時	1 日程の希望はない	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 火曜日の午前</li> <li>• 〇月〇日</li> </ul>
	2 都合の悪い日時	

都合が悪い日や曜日、時間がある場合はこちらに記入してください。

本人の状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他( )
-------	--

訪問調査を実施するに当たり、事前に伝えておきたいことがありましたら記入してください。

連絡事項	
• 難聴なので大きな声で	• 電話音を長くならしてほしい
• 玄関まで出てくるのに時間がかかる	• 本人の前で話しにくいことがある
事前に調査員へ伝えたいことを記入してください。	