

記入例

（関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

茨城県古河市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和8年 4月 1日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0100123456	個人番号	記入しないでください						
	医療 保険	保険者名	〇〇健康保険協会		保険者番号	99999999				
		被保険者 記号・番号	記号	5000001	番号	1000001	枝番	01		
	フリガナ	コガ タロウ		生年月日	明・大・ 昭	年	月	日		
	氏名	古河 太郎		性別	男	・	女			
	住 所	〒306-0221								
		古河市		駒羽根1501		電話番号	0280	-	92	-
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	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 5月 11日			から	令和8年 5月 30日			
	変 更 申 請 の 理 由	転倒し圧迫骨折により状態が悪化したため等 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">必ず記載してください。</div>								
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 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					
	〇〇ホーム 古河市●●				R5年 4月 3日～R7年 7月 8日					
	介護保険施設等の名称等・所在地				期間					
	〇〇市民病院 古河市●●				R7年 7月 9日～ 年 月 日					
<input checked="" type="radio"/> 有・無	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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）						
	住 所	〒			電話番号	-	-	

主 治 医	主治医の氏名	〇〇市民病院			医療機関名	三和 三郎		
	所在地	〒306-0291 古河市●●		電話番号	0280	-	98	-

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	脳血管疾患
-----------------------	-------

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、主治医意見書、古河市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、古河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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

被保険者証預かり

本人氏名

古河 太郎

記入例

介護保険申請書 補助用紙 (下記の事項についてご記入ください)

<p>1 窓口来庁者 (居宅介護支援事業者等 代行申請は記入不要)</p>	<p>氏名 古河 花子 本人との関係 長男の妻</p> <p>※本人と同居でない場合記入 住所 古河市長谷町38-18</p> <p>電話番号 060 - 123 - 1111</p>
<p>2 認定調査の 立会いについて</p> <p>調査日程調整の 連絡先</p> <p>※平日日中に連絡がとれる 電話番号を記入してください。 (番号の記入誤りがないよう ご確認ください。)</p>	<p>立会いする ・ 立会いしない</p> <p>立会者氏名 古河 一男 本人との関係 長男</p> <p>①電話番号 0280 - 22 - 5111</p> <p>②電話番号 050 - 123 - 4567</p> <p>連絡が付きやすい曜日・時間帯 月・火・水・木・金・いつでもよい 午前・午後 その他 (12時~13時 昼休み)</p> <p>※立会いなしの場合 認定調査後の報告連絡の希望 あり・なし</p> <p>報告先 氏名 古河 花子 本人との関係 長男の妻 電話番号 060 - 123 - 1111</p>
<p>3 調査先</p>	<p>1 自宅(住民票の住所地) 2 住民票の住所地以外 3 医療機関(入院中) 4 施設等 5 その他</p> <p>※2~5の場合 住所 または 医療機関(病棟・部屋番号)・施設名等を記入してください。 〇〇市民病院 4階 101号室</p>
<p>4 身体の様子に ついて</p> <p>【新規申請のみ】</p>	<p>主な病気 脳梗塞</p> <p>※診断名がわからない時は現在の状況を記入してください。 現在の状況 転倒して足の骨を折った。寝たきり状態。</p>
<p>5 現在お困りのこと</p> <p>【新規申請のみ】</p>	<p>歩くことが不安定。一人でお風呂に入れない。</p>
<p>6 希望するサービス</p> <p>【新規申請のみ】</p>	<p>訪問介護・訪問入浴・デイサービス・通所リハビリ・施設入所 福祉用具・住宅改修・その他(ショートステイ)</p>
<p>7 医療機関 (主治医) の受診状況</p>	<p>次回受診予定日 令和 8 年 4 月 26 日 最終 予定・入院中</p> <p>定期的な受診 あり・なし 退院予定日 年 月 日 予定 未定</p>
<p>8 サービス利用状況</p>	<p>通所サービス利用日 月 火 水 木 金 土 日 (利用日に○)</p> <p>利用施設名 デイサービスセンター●●</p> <p>ショートステイ利用状況 毎月末 3日利用 住宅改修 あり・なし</p>
<p>(担当課使用) 連絡事項</p>	