

次のとおり申請します。

|              |                                                                      |   |   |   |
|--------------|----------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 申請者氏名        | 申請年月日                                                                | 年 | 月 | 日 |
|              | 本人との関係                                                               |   |   |   |
| 提出代行者<br>名 称 | 該当するものに○をつけてください<br>（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） |   |   |   |
| 申請者住所        | 電話番号                                                                 |   |   |   |

|                            |                |        |         |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |    |   |   |   |         |    |      |    |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|----------------------------|----------------|--------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-------|----|---|---|---|---------|----|------|----|---|---|--|---|--|--|---|---|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者           | 介護保険<br>被保険者番号 |        |         |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |    |   |   |   |         |    | 個人番号 |    |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|                            | 医療<br>保険       | 保険者名   |         |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 保険者番号 |    |   |   |   |         |    |      |    |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|                            |                | 被保険者証  | 記号      |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       | 番号 |   |   |   |         |    |      | 枝番 |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|                            | ふりがな           |        |         |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 生年月日  | 年  |   |   |   |         |    | 月    |    | 日 |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|                            | 氏 名            |        |         |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 性 別   | 男  |   |   |   |         |    | ・    |    | 女 |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|                            | 住 所            |        | 〒       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |    |   |   |   |         |    |      |    |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|                            |                |        | 電話番号    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |    |   |   |   |         |    |      |    |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|                            | 変更申請の理由        |        |         |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |    |   |   |   |         |    |      |    |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|                            | 前回の要介護認定等の結果等  |        | 要介護状態区分 |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 1     | 2  | 3 | 4 | 5 | 要支援状態区分 |    |      |    |   |   |  |   |  |  | 1 | 2 |  |  |  |  |  |
|                            |                |        | 有効期間    |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 年     |    | 月 |   | 日 |         | から |      | 年  |   | 月 |  | 日 |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
| 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無 |                | 名称・所在地 |         |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 |       |    |   |   |   |         |    |      |    |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|                            |                | 名称・所在地 |         |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 |       |    |   |   |   |         |    |      |    |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |
|                            |                | 名称・所在地 |         |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 |       |    |   |   |   |         |    |      |    |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |

|       |        |  |       |  |
|-------|--------|--|-------|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
|       | 所 在 地  |  |       |  |

|           |  |
|-----------|--|
| 特 定 疾 病 名 |  |
|-----------|--|

また、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めることを誓約します。

|          |   |   |     |   |   |
|----------|---|---|-----|---|---|
| ○主治医受診日  | ( | 月 | 日   | ) |   |
| ○調査立会い希望 | ( | 有 | ・   | 無 | ) |
| ○連絡先     | ( |   | TEL | ) |   |
| ○希望サービス  | ( |   |     | ) |   |

(代筆)