

記入例

(第

ご本人、又はご家族のお名前になります。  
こちらに記載の方に認定結果の通知と新しい保険者証をお送りします。  
電話番号は日中に連絡のつく番号の記載をお願い致します。

更申請書

赤枠部分の記載をお願い致します。

次のとおり申請します。

○年 ○月 ○日

申請者氏名	標茶花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒088-2312 標茶町川上4丁目2番地		電話番号 015-485-2111

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号							個人番号						
	医療 保 険	保険者名	北海道後期高齢者医療広域連合				保険者番号	39016647						
		被保険者証	記号				番号	01234567			枝番			
	フリガナ	シベチャ タロウ					生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日						
	氏名	標茶太郎					性別	男・女						
	住所	〒 同上												
		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					要支援状態区分 1 2							
		有効期限 令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 ○年 ○月 ○日												
	変更申請の 理由	例) 骨折により歩行困難となったため。状態悪化のため。												
6か月以内に入院・入所がなければ「無」に○	介護保険施設等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日								
有無 「有」・無	医療機関等の名称等・所在地 ○△病院 ××市×丁目×番地					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・指定介護療養型医療施設、介護医療院)									
	住所	〒									
		電話番号									

主治 医	主治医の氏名	主治医名または診療科名			医療機関名	○△病院
	所在地	〒 ××市×丁目×番地				
		電話番号				

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	
-------	--

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、標茶町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。

本人氏名	標茶太郎
代筆者氏名	標茶花子