

# 記入例

いずれかに☑を記入してください。  
新規(支⇔介)及び区分変更(支⇔支/介⇔介)の場  
合は、必ず理由を具体的に記入してください。

## 介護保険要介護認定 変更届出書

[新規 新規(支⇔介) 更新 区分変更(支⇔支/介⇔介) 転入]

新規(支⇔介)または区分変更の理由

稲 窓口に来た方(申請者)の氏名を  
記入してください。

( )

次のとおり

免・マ介・保・診・ケアマネ・その他( )

申請年月日 令和7年 4月 1日

申請者氏名	稲沢 次郎	本人との関係	長男
提出代行者名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		
申請者住所 (本人申請以外)	〒492-8269 稲沢市稲府町1番地	電話番号	090-XXXX-XXXX

医療保険の記号・番号を  
記入してください。

被保険者番号	0	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
医療 保 険	保 険 者 名	保険者番号										
	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	記号	番号					枝番				
フリガナ	イナザワ ハナコ		生年月日	明・大・昭 8年 10月 8日								
氏 名	稲沢 花子		性 別	男 ・ 女								
住 所	〒492-8145 稲沢市正明寺三丁目114番地		電話番号	0587-32-1111								
要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2	非該当			
有効期間	令和 年 月 日 から		令和 年 月 日									
前回の要介護 認定の結果等	14日以内に他自 治体から転入し た方のみ記入		転出元自治体(市町村)名[ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日									
過去6か月間の 介護保険施設・ 医療機関等への 入院入所の有無 (有・無)	入院(所)施設名称・所在地 稲沢市民病院		期間	3/14 ~ 入院中								

いずれかに○を記入してください。  
※介護保険施設の他に、有料老人ホーム等へ  
入居している場合も記入してください。

主治医	医療機関名	稲沢市民病院	主治医の氏名	稲沢 太郎
	所在地	〒492-8167 稲沢市長東町沼100番地	電話番号	0587-32-2111
	受診状況	●最終受診日 令和 年 月 日 ●受診予定日 令和 年 月 日		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の

本人が署名できない場合は、本人の  
意思確認の上、代理署名してください。

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  
ず、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  
を、稲沢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若しくは介護保険施設の  
代表者、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。また、更新  
申請の場合、現在の有効期間内に認定を行うことが  
できるときは、延期通知の省略に同意します。

本人氏名 稲沢 花子 (代理) 稲沢 次郎

※ 裏面も記入してください。

被保険者番号：	被保険者住所：
被保険者氏名：	稲沢市正明寺三丁目114番地
調査日：	/ ( ) 午前・午後 時 分

②で立会人と同じにチェックがある場合はこの番号に連絡が入ります。

※調査員と調査日は職員が記入します。

① 立会人

<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	フリガナ イナザワ ジロウ 氏名：稲沢 次郎	電話番号： 090-XXXX-XXXX	本人との関係： 長男
-----------------------------	--	---------------------------	---------------------	------------

② 日程調整先

<input checked="" type="checkbox"/> 立会人と同じ	<input type="checkbox"/> 立会人以外（下記にご記載ください）
フリガナ 氏名：	電話番号： 本人との関係：

③ 訪問調査場所

<input type="checkbox"/> 自宅	駐車場 有・無	駐車場の具体名
<input type="checkbox"/> その他	住所：	駐車場の具体名
<input type="checkbox"/> 施設	施設名：	電話番号：
	施設住所：	
<input checked="" type="checkbox"/> 病院	病院名：稲沢市民病院 内科	病棟、病室：X階、XXX号室
	病院所在地：稲沢市長束町沼100番地	入院した日：令和6年2月1日
	退院・転院の目途： 無・有 ( ) いつ頃か 1か月後	電話番号：0587-32-2111

この番号に日程調整の電話が入ります。日中連絡可能な番号をご記入ください。

④ 介護保険サービス利用について

<input type="checkbox"/> 現在利用中	包括支援センター、居宅介護支援事業所名、施設名及び担当者名を記入してください。 介護サービス利用状況（下記にご記載ください）
<input checked="" type="checkbox"/> 利用を検討中	包括支援センター、居宅介護支援事業所名、施設名及び担当者名：有料老人ホームXXX
<input type="checkbox"/> 利用していない	

分かる範囲でご記入ください。  
例) 月、水、金 デイサービス

⑤ 申請理由

<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 介護サービス
<input checked="" type="checkbox"/> 病院、主治医から勧められた	<input type="checkbox"/> その他

病名を分かる範囲でご記入ください。  
がんの方は告知の有無に○をつけてください。

⑥ 病名

告知の有無：無・有

⑦ その他調査員への伝達事項

上記以外で調査に係る事や調査員に伝えたい事があればご記入ください。  
例) 電話は午前中にかけて欲しい 等

稲沢市長様

私は、介護保険要介護・要支援認定について次の者に委任します。

令和7年 4月 1日

受任者（窓口に来た方）氏名 稲沢 次郎 委任者（被保険者）氏名 稲沢 花子

介護保険被保険者証にて確認

※委任者と同一世帯の方が申請される場合は、記入は不要です。