

# 介護保険 要介護・要支援認定申請書

横手市長様  
つぎのとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者  (本 人)	申請区分	新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入												
	介護保険 被保険者番号							個人番号						
	※ 国民健康保険・後期高齢医療保険は記入不要													
	医療 保 険	保険者名						保険者番号						
		被保険者証	記号				番号				枝番			
	フリガナ						生年月日	M・T・S	年	月	日			
	氏 名						性 別	男 ・ 女						
							該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40～64歳		<input type="checkbox"/> 65歳以上				
	住民票 住 所	〒												
		電話番号 ( )												
現在の居住地 (上記と違う場合のみ) ※認定調査を行う場所	〒													
	電話番号 ( )													
変更申請の理由 (変更申請の場合のみ)	状態変化があるため( 改善 / 悪化 ) ・ その他(													
現在の入院先 又は介護保険 施設の入所先 (短期入所の場合は裏面 の現在のサービス利用 状況に記入)	入院・入所・施設名													
	所在地	〒												
	期間(予定)	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日				
情報提供の同意	主治医等に対する情報提供(裏面参照)について						同意します・同意しません							

提 出 代 行 者	フリガナ											
	氏名(名称)	該当に○ [ 家族等(本人との関係 ) ・ 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所 ] ] 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 (上記住民票住所と 違う場合のみ)	〒										
	電話番号 ( )											

主 治 医	医療機関等	名称				主治医氏名				
		所在地	〒			最終受診	令和	年	月	日
						次回受診予定	令和	年	月	日

第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									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

横手市 記入欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証回収	滞納	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	《入力者印》	《窓口受付印》
	<input type="checkbox"/> 資格者証発行	未納	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
備考						

※裏面もあります

