

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 <small>(上記と違う場合のみ) ※認定調査を行う場所</small>	〒																													
											電話番号	()																			
変更申請の理由 <small>(変更申請の場合のみ)</small>	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 <small>(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)</small>	入院・入所・施設名																														
	所在地	〒										電話番号	()																		
	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 <small>(上記住民票住所と違う場合のみ)</small>	〒																										
										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

同意する事項

