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		
医療保険	※ 国民健康保険・後期高齢医療保険は**記入不要**				
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☑	□ 40～64歳　□ 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	〒　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（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	
		最終受診	令和　年　月　日
	所在地 〒	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	□被保険者証回収　滞納　□あり　□なし □資格者証発行　未納　□あり　□なし 備考	《入力者印》	《窓口受付印》

※裏面もあります

同 意 す る 事 項

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、主治医意見書、横手市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、横手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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

申請年月日	申請区分	被保険者番号	被保険者氏名
月　　日	新規・更新・変更・転入		

【現在の介護度】

要支援　（　　）　・　　要介護　（　　）

有効期間　　～

※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入

・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。　[　はい　・　いいえ　]
※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」の場合　[　申請日　　年　　月　　日　]

【現在のサービス利用状況、又は今後のサービス利用希望等】

※短期入所（ショートステイ）をご利用の場合は **利用施設・利用期間** も記入してください。

【 家族構成 】　一人暮らし ・ 夫婦二人暮らし ・ 本人含む(　　)人暮らし

【心身の様子】

① なぜ申請することになりましたか。

転倒/骨折・筋力低下・体力低下・歩行困難・脳梗塞・認知症状 ・ その他（　　）

② 主な疾患名は何ですか。

③ 生活の様子をお知らせください。
※物忘れがある、歩行が大変になった、外出先から戻れなくなった、生活のこんなことに困っている 等

【調査等についての連絡先及び連絡希望時間帯等】
※調査員からの連絡は、平日の9:00～17:00の間にいたします。ご了承ください。

フリガナ
宛先氏名　　被保険者との関係

住　所　〒　　電話番号

電話希望時間

訪問時に注意してほしいことがありましたらご記入ください。