

# 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 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40～64歳		<input type="checkbox"/> 65歳以上			
	住民票 住所	〒																
	現在の居住地 (上記と違う場合のみ) ※認定調査を行う場所	〒																
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

同意する事項

介護(予防)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(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、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

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の間に行います。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。

\_\_\_\_\_