

介護保険（要介護・要支援） 認定申請書

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更
 要支援から要介護への変更 転入による申請

申請日 令和 年 月 日 受付者()

横須賀市長

次のとおり申請します。

申請者（※被保険者本人の場合は記入する必要はありません。）	
フリガナ 氏名	被保険者との関係（ ）
住所 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (〒 -)	
電 話 ()	携帯電話・職場等 ()

*（裏面あり）太ワク内を記入してください。二重ワク内は、よくお読みになり同意するときは署名してください。

マケツバ -	被保険者番号	0 0 0
フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (年齢 歳)
氏 名	男・女	
住所(住民登録地) (〒 -) 横須賀市	電 話 ()	
現在の居所、入院・入所先（※現在、上記住所に居住していない方は、実際の居住地等を記入してください。） (〒 -) 施設名等 電 話 () 入所・入院（予定）期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日		

現在の要介護等 状 態 区 分	なし 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2	変更申請の理由（※新規・更新申請は記入不要です） (要介護等状態区分変更の申請をする方のみ記入してください)
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 末日	

主治 医 意 見 書 の 依 頼 先	(フルネーム) 氏 名 科 受診日 前回：令和 年 月 日 次回：令和 年 月 日 医療機関名 <input type="checkbox"/> 入院中 所在地 電 話 ()	医療 保 険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他 (保険者名 保険者番号) 記号・番号 枝番 特定疾病名 第2号被保険者(65歳未満)のみ記入してください ※ 医療保険証・資格確認書等 の写しを添付してください
--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画等を作成する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・意見及び主治医意見書を横須賀市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、小規模多機能型居宅介護事業者、看護小規模多機能型居宅介護事業者、認知症対応型共同生活介護事業者又は特定施設入居者生活介護事業者の關係人に、また主治医意見書を作成した主治医が要介護認定結果の情報提供を希望するときは、要介護認定結果を当該主治医に提示することに同意します。

被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (被保険者との続柄 _____)

※ この情報提供に関する同意欄の代筆をできる方は、被保険者のご親族の方です。(事業者・施設等職員の代筆は不可)

提出代行者 名 称 所在地 電 話 ()	担当者 () 事業者番号 _____ ※提出代行者による調査 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
--------------------------------	---

受理年月日	処 理 <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 調査	被保険者証 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未収 (紛・後)
	意見書依頼 <input type="checkbox"/> 医療機関郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付	医療保険証・資格確認書等写し添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	調査区分 <input type="checkbox"/> 一定期間 <input type="checkbox"/> 前回転入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> かな認 <input type="checkbox"/> かな福 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 代行	
	調査予定 月 日 ()	時刻指定 (:) 01 02 04 05
申 請 番 号		1 2 0 2 0 0

調査する場所 (認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などについて本人と家族等に聞き取り調査を行う場所です。)

<input type="checkbox"/> 自宅 (住民登録地)	住所 (〒 -)
<input type="checkbox"/> 現在の居所、入院・入所先	施設名等
<input type="checkbox"/> その他 (右欄に記入)	電話 () 入院・入所予定日：令和 年 月 日

調査立会人 ※個人情報になりますので、必ず立ち会っていただける方の了解を得たうえで記入してください。

<input type="checkbox"/> 申請者	フリガナ 氏名	被保険者との関係 ()
<input type="checkbox"/> その他 ※	住所 (〒 -) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	携帯電話・職場等 () (平日の日中に連絡がとれるところ)
	固定電話 ()	

(※事業所・施設の方が立会人になる場合はご家族に立会人になる旨お伝えください。)

調査の都合の悪い日等 (サービス利用日、通院日等で都合の悪い曜日や、立会人の都合の悪い日等を記入してください。)

※ 被保険者の状況を記入してください。

- ・家族状況 (独居・家族構成) :
- ・申請に至る経緯 :
- ・最近の疾病・認知症の状況 :
- ・最近の入所・入院の状況 :
- ・介護保険サービスの利用希望 :
- ・認定調査時に気をつけること :

※ 認定調査員が訪問の際に軽自動車を駐車できる場所 あり (敷地内 その他 : () なし

※ 暫定ケアプラン利用予定 あり なし

***介護保険課(調査係)事務処理欄**

事業者番号		事業者名	<input type="checkbox"/> 施設
-------	--	------	-----------------------------

連絡年月日	経過
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	