

## 介護保険（要介護・要支援）

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( )

橫須賀市長

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 丘夕

## 被保険者との関係（）

住所  被保険者と同じ  
(= )

## 電 話 ( )

攜帶電話・職場等

被 保 険 者 (認 定 を受 ける 方)	マケンバ -							被保険者番号	0 0 0					
	フリガナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日					
	氏名				男・女				(年齢			歳)		
	住所(住民登録地)							電話 ( )						
	(〒 - ) 横須賀市													
	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	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)					
			要支援	1	2									
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) 医師氏名	氏			名			科			医療保険			
	受診日	前回: 令和 年 月 日			次回: 令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 入院中						
	医療機関名													
	所在地 電話 ( )													
特定期病名 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 の提出をお願いいたします。														

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、横須賀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、横須賀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つ場合を含む。）ことに同意します。

被保險者氏名

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ができる方は、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	(□地域包括支援センター □指定居宅介護支援事業者 □指定介護老人福祉施設 □介護老人保健施設 □介護医療院)											
	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 □可 □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 )				
調査区分	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。)

- 自宅（住民登録地）  
 現在の居所、入院・入所先  
 その他（右欄に記入）

住所 (〒 - )

施設名等

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。

- 申請者

フリガナ 氏名 被保険者との関係 ( )

住所 (〒 - )

被保険者と同じ

- その他 ※

固定電話 ( ) 携帯電話・職場等 ( )  
(平日の日中に連絡がとれるところ)

(※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	