# 介護保険　要介護・要支援認定申請書

宗像市長　あて
次のとおり申請します。

| 申請区分 | □新規　□変更　□更新　□転入 |
|---|---|
| 申請年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

## 被保険者

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 介護保険被保険者番号 | | | 個人番号（マイナンバー） | |
| 医療保険 保険者名 | | | 保険者番号 | |
| 医療保険 被保険者記号・番号 | 記　号 | | 番　号 | 枝　番 |
| フリガナ / 氏名 | 姓　　名 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日 |
| | | | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒　　－<br>電話番号　　－　　－ | | | |
| 前回の要介護認定の結果等 | 要支援　1・2　　要介護　1・2・3・4・5 | | | |
| | 有効期間：令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日・期限切れ | | | |
| | ※14日以内に他自治体から転入した方のみ記入　転出元自治体（市町村）名〔　　〕 | 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定申請を申請中ですか。（既に認定結果を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。）<br>はい・いいえ　「はい」の場合、申請日　令和　　年　　月　　日 | | |
| 変更申請の理由 | ※変更申請の場合のみご記入ください。 | | | |
| 過去6か月の居所の変更歴（介護保険関連施設・医療機関などへの入所・入院など。短期入所を含む）<br>↓ 変更の有無<br>有・無 | 入院・入所施設等の名称 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 入院・入所施設等の名称 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 入院・入所施設等の名称 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 入院・入所施設等の名称 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | | |

## 提出者

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ / 提出者氏名 | 姓　　名 | 被保険者との関係 | 本人・〔　　〕 |
| 事業所種別 | □地域包括支援センター　□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<br>□指定介護療養型医療施設　□介護医療院　□その他の施設　※その他施設の場合は別に委任状が必要です。 | | |
| 事業所名称 | | | |
| 住所 | 〒　　－<br>※被保険者の住所と同じ場合は「同上」で可　電話番号　　－　　－ | | |

## 主治医

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ / 主治医氏名 | 姓　　名 | 医療機関名 | |
| | | 最終診察日 | 入院中・令和　　年　　月　　日 |
| 病院所在地 | 〒　　－<br>電話番号　　－　　－ | | |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

※別にマイナ保険証で医療保険の資格情報が表示された画面の提示又は資格確認書の提示が必要な場合があります。

| 特定疾病名 | |
|---|---|

介護サービス計画または介護予防サービス計画を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、及び主治医意見書、宗像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、宗像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。

本人または親族署名

**（親族の場合は加えて続柄、代筆の場合は加えて代筆者氏名と代筆を要する理由も記載）**

※下記の欄は記入不要

| 申請受付 | MC入力 | 確　認 |
|---|---|---|
| | | |

介護情報基盤あり　令和8年7月30日　改定