

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			
		被保険者 記号・番号	記 号	番 号	枝 番	
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	氏 名		年 齢	歳		
	住 所		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。) 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)	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			
↓ 変更の有無 有・無		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	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 ☐ 指定介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の施設 ※その他の施設の場合は別に委任状が必要です。		
	事業所名称			
	住 所		電話番号	

主 治 医	フリガナ	主治医氏名	医療機関名
	最終診察日		入院中・令和 年 月 日
	病院所在地		

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 ※別に医療保険被保険者証のコピーが必要です。

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、居宅サービス事業所若しくは介護保
治医意見書を作成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

調査場所	☐ 被保険者以外の居宅（被保険者との関係： ） （住所： ） ☐ 施設 ☐ 医療機関 （名称： ）
調査場所居住期間	平成・令和 年 月 日～ 年 月 日予定
調査調整連絡先	（被保険者との関係： ）（氏名： ） （電話番号： ）
外泊	無・有（外泊先： ） （外泊先住所： ） （期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）

①来所 本人・家族 () ・その他 ()

③主な病気

(点滴 有 (令和 年 月 日~令和 年 月 日)・無)

⑤歩行状態 介助が必要（具体的に： ）・不要

⑥介助が必要なADL（※わかる範囲でご記入ください。）

⑦調査時に配慮が必要な点 例) 認知機能低下があり別室聞き取りが必要

⑧駐車場 有・無（近隣で駐車可能な場所 有（ ）・無）

⑨支援を受けているサービス 有 () 無