

介護保険要介護（要支援）認定申請書

八戸市長
次のとおり申請します。

申請区分に「レ」を記入してください。

新規 要支援者の要介護新規申請 更新 区分変更 転入

被 保 険 者	被保険者番号											申請年月日： 年 月 日
	フリガナ											生年月日： <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日（ 歳）
	氏名											性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 個人番号
	住所	〒 - 電話番号										
	現在の要介護認定	要介護状態区分： 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） ※14日以内に転出元自治体（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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [申請日 年 月 日] （既に認定結果を受け取っている場合は「いいえ」を選択）									
		医療保険	保険者名 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他（ ）	保険者番号 医療保険被保険者証記号 番号 枝番								
特定疾病名 ※40～64歳の方のみ記入		※医療保険の加入情報がわかるものの写しを添付してください										

提 出 者	名称（氏名）	申請代行者 <input type="checkbox"/> 家族（続柄） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（高齢者支援センター）										その他 本人との関係
	*本人申請は記入不要	担当者的名： 〒 - 電話番号										名称（氏名）
住所	〒 - 電話番号											

主 治 医	医療機関名	医師名										主治医への確認日 年 月 日
	所在地（市内は不要）	〒 - 電話番号										

●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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、八戸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、八戸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。

本人氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄（ _____ ）

認 定 調 査 に つ い て	立会者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 提出者と同じ <input type="checkbox"/> 他（氏名 _____ 被保険者との関係 _____） *上記以外の確認者（氏名 _____ 被保険者との関係 _____ 電話番号 _____） <input type="checkbox"/> 必ず確認希望												
	日程調整の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 立会者と同じ <input type="checkbox"/> その他（氏名 _____ 被保険者との関係 _____） （日中連絡可能な電話番号： _____ 希望連絡時間帯 _____）												
	調査場所	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> 住所以外（所在地 _____ 電話番号 _____）												
	駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ない場合、近所で駐車できる場所（ _____ ）												
	①病歴・介護が必要となった背景	②入院・入所の状況（過去6か月の状況）					※退院予定もあれば記入							
	③現在の状況					④利用中のサービス *通院 透析等も含む					※市処理欄			
・家族状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦) <input type="checkbox"/> 同居(その他) _____ ・認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____) ・その他 *特別な医療等 (_____)					<input type="checkbox"/> 総合事業利用					<input type="checkbox"/> 郵送受付 受付 確認 入力				
区分変更・要支援者の要介護新規申請が必要な理由（前回申請時との違いを記入）										資格者証発行（未 済） 送付先				