

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書（新規・更新・転入・変更）

北九州市長 様 次のとおり申請します				申請年月日		令和		年		月		日	
調査区分（記入不要）				被保険者番号									
申請者氏名				本人との関係									
提出代行者名 称				該当に○（1 指定居宅介護支援事業者 2 介護保険施設（地域密着型介護老人福祉施設含む） 3 地域包括支援センター） （担当者）									
申請者住所又は提出代行者住所				〒 - 電話番号（ ） -									

被 保 険 者	フリガナ				生年月日	明 大 昭 年 月 日 () 歳		性別	男 ・ 女			
	被保険者氏名 (お名前)				個 人 番 号							
	1	住 所 (住民票所在地)	〒 - 電話番号（ ） -									
	2	介 護 保 険 施 設 入 所 の 場 合 (短期入所を除く)	入 所 施設名									
			所在地	電話番号（ ） -								
訪 問 先 住 所 (住所と異なる場合)		〒 - 電話番号（ ） -										
連 絡 先 (日中に連絡が取れる ところ：携帯など)		(フリガナ) 氏名 本人との関係（ ） 電話番号（ ） -				訪問調査に 関する希望						
主 治 医		フリガナ	姓	名	医療機関名 (病院名等)				科			
		主治医氏名										
		〒 - 電話番号（ ） -										
		受診状況	通院中 (最終受診 年 月頃)		入院中							
医 療 保 険 の 加 入 状 況		医 療 保 険 者 名 (医療保険者番号)				記号・番号・枝番						

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名	
-----------	--

現に要介護・要支援の認定を受けている方のみ記入

前回の要介護 認定の結果等	結果	満了日 令和 年 月 日まで
	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・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知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

変更申請の方のみ記入

変 更 申 請 の 理 由	
---------------	--

以下の内容について、同意する項目に☑を記入のうえ、署名をお願いします。

☐ 「介護情報の提供」：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、北九州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、北九州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。

☐ 「とびうめ@きたきゅう」：私は、「とびうめ@きたきゅう」の目的と利用方法等について説明を受け、その内容を理解した上で登録を申し込みます。また、登録に伴い、私の医療・介護・健診等の情報が「とびうめ@きたきゅう」で共有されること及び本紙記載内容が関係者に提供されることに同意します。

被保険者氏名（必須） 代筆者氏名 (続柄：)

※「とびうめ@きたきゅう」への登録を希望の方は緊急連絡先もご記入ください。(既に登録済みの方は、変更がある場合のみ記入)

とびうめ緊急連絡先 ※日中に連絡がとれるところ：携帯など ※未記入でも登録可能	(フリガナ) 氏 名	(被保険者との続柄： 電話番号（ ） -
---	---------------	-------------------------

北九州市記入欄	①	受付担当	入力担当	係長	課長	他区送付	調査票受理日	意見書受理日
上記申請を受付してよろしいか（伺）	②	他区依頼受理	連絡者	連絡日	調査員	調査実施日	係長	課長
訪問調査 依頼先名								