□□□ 被保険者番号 □□□□□□□□□□

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
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 / 主治医氏名	姓 / 名	医療機関名（病院名等）		科
		〒　－　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、□同意します　□同意しません（「同意します」を選択した方は、署名をお願いします。）

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必要があるときに、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会における判定結果・意見及び主治医意見書のうち必要な資料を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、地域密着型サービス事業者、主治医（わたしの主治医意見書を記載した者）に対して提示すること。

被保険者氏名　　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のみ記入（既に登録済みの方は記入不要）

私は、「とびうめ@きたきゅう」についての説明を受け、その目的及び利用方法等を理解しました。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「とびうめ@きたきゅう」への登録に際して、本紙記載内容が関係者に提供されることに同意します。

本人の氏名（必須）　　代筆者氏名　　（本人との関係：　）

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	（本人との関係：　） 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							

窓口用①　訪問調査員用②　認定審査会用③