

住所移転（転入）に伴う要介護・要支援引継ぎ申請書

矢掛町長 様

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号		申請年月日	令和 年 月 日							
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日							
	氏名		性別	男 ・ 女							
	住所	〒									
			電話番号								
受給資格証明 書の内容	要介護状態区分		1	2	3	4	5	経過的要介護	要支援	1	2
	有効期間		年 月 日 から				年 月 日				
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院，入所の有無	施設の名称等・所在地		介護保険施設 医療機関		期間	年 月 日 ~		年 月 日			
	施設の名称等・所在地		介護保険施設 医療機関		期間	年 月 日 ~		年 月 日			
	有・無		施設の名称等・所在地		介護保険施設 医療機関		期間	年 月 日 ~		年 月 日	

記 入 必 須	現在のサービス利用状況
	介護保険法第202条の規定により、現在のサービス利用状況についての記載を求めるものです。

介護保険法
(被保険者等に関する調査)
 第二百二条 市町村は、被保険者の資格、保険給付及び保険料に関して必要があると認めるときは、被保険者、第一号被保険者の配偶者若しくは第一号被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問させることができる。
 第二百十四条
 3 市町村は、条例で、被保険者、第一号被保険者の配偶者若しくは第一号被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者が正当な理由なしに、第二百二条第一項の規定により文書その他の物件の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は同項の規定による当該職員の質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をしたときは、十万円以下の過料を科する規定を設けることができる。

第2号被保険者（40歳～64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病病名	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、矢掛町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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載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。

本人氏名

代筆者氏名