

介護保険

- 要介護認定・要支援認定
- 要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

(あて先) 高 浜 市 長
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○ (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)	
住 所	電 話 番 号 ()	

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号		
	医 療 保 険	保険者名		保険者番号	
		被保険者証	記号	番号	枝番
	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 ()		
	前回の要介護 認定の結果等		※要介護・要支援 更新認定の場 合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援区分 1 2
			有効期限 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 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		※14日以内に 他自治体から 転入した者の 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 年 月 日
			介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日
有・無		介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
主治医		医療機関名		診療科目 および主治医名	
		所在地			
指定医		医療機関名	担当医名		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

- ◎ 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、地域密着型介護サービス等事業者又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。
- ◎ 高浜市地域包括支援センターで管理する「窓口相談カルテ」への登録に協力することに同意します。
- ◎ 認定調査を介護保険施設、病院等で実施する場合は調査員がわたしの日常の状況について施設職員等に聞き取りをすることに同意します。
- ◎ 更新申請で、現在の有効期間に認定がされる場合、認定延期の通知をしないことに同意します。

本人氏名 代筆者氏名 (本人との関係)

受付者	FAX	申請入力	認定調査機関名	保険証回収日	資格者証発行日	番号確認	身元確認	備考
				/	/			

最終受診日	次回受診予定日	※いずれかに○をつけて下さい	年 月 日
-------	---------	----------------	-------