

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

(宛先) 高浜市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 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		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																							
			有効期限 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日																								
			※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。 はい ・ いいえ （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」の場合、申請日 年 月 日																								
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地 〒										期間		年		月		日		～		年		月		日
介護保険施設等の名称等・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			
有 ・ 無			医療機関等の名称等・所在地 〒										期間		年		月		日		～		年		月		日

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・介護医療院）																	
	住 所	〒																	
		電話番号																	

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所 在 地	〒																					
		電話番号																					

第二号被保険者（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○をつけてください【 年 月 日】