

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

高梁市長 様

次のとおり申請します。

※申請の際は介護保険被保険者証を添付してください。

※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、医療保険被保険者証を提示してください。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入											
被 保 者	被保険者番号							個人番号				
	フリカ`ナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日			
保 険 者	氏名							性別	男・女		年齢	歳
	現住所	〒 (電話番号) ※日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。										
現 在 の 認 定 内 容	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)										
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
者	※14日以内に 他自治体から転入 した者のみ記入	転出前住所[] 現在、転出前の自治体へ要介護・要支援認定申請中ですか <input type="checkbox"/> はい(年 月 日申請) <input type="checkbox"/> いいえ										
	変更申請の理由	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 改善 ※変更申請の場合どちらかに「✓」をつけその状態や理由をご記入ください →具体的な理由()										
主 治 医 生	医療機関名							診療科				
	所在地	〒 (電話番号)										
医 生	フリカ`ナ							定期受診	有・無		次回受診予定日	年 月 日
	主治医氏名											
同 意 書	高梁市が要介護認定・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、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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、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。ただし、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に限りま 本人氏名: _____ 代筆者氏名: _____ 本人との関係: _____											

申 請 出 者	フリカ`ナ										
	氏名 (事業所の場合は 担当者名)										
	住所 (事業所の場合は 名称・所在地)	〒									
電話番号	※日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。										
本人との関係											
<input type="checkbox"/> 本人 ≪提出代行者≫ <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 ≪任意の委任≫ <input type="checkbox"/> 上記以外の事業者・施設等 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> その他 ※関係を()内に記入()											

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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

訪問	被保険者が現在いる場所(訪問調査場所)	<input type="checkbox"/> 住所地(住民票登録地) <input type="checkbox"/> 病院へ入院中 <input type="checkbox"/> 施設へ入所中 <input type="checkbox"/> その他 ※住所地以外の場合は下記へ住所等記入 〒 病院(施設)名: _____ 部屋番号等: _____ 病棟 _____ 階 _____ 号室 _____		
	転院・転居の予定	<input type="checkbox"/> 有 (いつ頃: _____) <input type="checkbox"/> 無		
調査	調査の立会者	立会の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(申請提出者・その他) ※その他の場合は以下(氏名・電話番号等)の項目をご記入ください。	
		フリカ`ナ		
		氏名	本人との関係	
	電話番号	※日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。		
	日程調整の連絡先	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 立会者	連絡時間	<input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> その他(_____) ※都合が悪い曜日や時間帯などありましたらご記入ください

本人情報	家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族有[夫・妻・子・子の配偶者・孫・父・母・その他(_____)]		
	申請の理由	<input type="checkbox"/> 病院から勧められた <input type="checkbox"/> 家族や知人から勧められた <input type="checkbox"/> その他(_____)		
	主な病歴等	疾病名など	いつ頃から?	
			年	月頃から
			年	月頃から
		年	月頃から	
		年	月頃から	
		年	月頃から	
	申請目的(利用したい介護サービス等記入)			
	訪問調査時の注意事項	例)本人にがんを告知していません。認知症状があり本人の前で話せないことがあります。等		

※認定結果は、住所地又は送付先設定先の住所へ郵送します。

以下、市記入欄

受付場所					受付印
<input type="checkbox"/> 窓口(本庁・地域局・市民センター) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
身元確認	番号確認	受給資格証明書	保険料未納	調査委託者名	
		※転入時のみ確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		