様式第 12 号（第 9 条関係）

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　令和 5 年 3 月 1 日

申請区分		☑新規　☐更新　☐区分変更　☐転入			
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
	医療保険 保険者名	岡山県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39332093	
	医療保険 被保険者証	記号	番号	00000000	枝番
	フリガナ	タカハシ　タロウ	生年月日	明・大・昭　23 年　3 月　24 日	
	氏名	高梁　太郎	性別	男・女	年齢　75 歳
	現住所	〒716－8501 高梁市松原通2043 （電話番号）0866－21－0000 ※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 ※転入の場合は転出前の結果	要介護度	☐要支援（1・2）　☐要介護（1・2・3・4・5）		
		有効期間	年　月　日　～　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 ☐はい（　年　月　日申請）　☐いいえ		
	変更申請の理由	☐悪化　☐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	医療機関名	高梁○△病院	診療科	内科	
	所在地	〒716－0043 高梁市原田北町1212 （電話番号）0866-22-0000			
	フリガナ	マツヤマ　タロウ	定期受診	有・無	次回受診予定日　令和 5 年 3 月 15 日
	主治医氏名	松山　太郎			
同意書	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、主治医意見書、高梁市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、高梁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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防･日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。 本人氏名：高梁　太郎　代筆者氏名：高梁　次郎　本人との関係：弟				

申請提出者	フリガナ	タカハシ　ジロウ	本人との関係	☐本人 ≪提出代行者≫ ☐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 ≪任意の委任≫ ☐上記以外の事業者･施設等 ☑家族･親族 ☐その他　※関係を（）内に記入 （　）
	氏名（事業所の場合は担当者名）	高梁　次郎		
	住所（事業所の場合は名称・所在地）	〒716-8501 高梁市松原通 2043		
	電話番号	※日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。 090－0000－0000		

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	

訪問調査	被保険者が現在いる場所(訪問調査場所)	□住所地(住民票登録地)　☑病院へ入院中　□施設へ入所中　□その他 ※住所地以外の場合は下記へ住所等記入 〒716−0043 高梁市原田北町1234 病院(施設)名:高梁○△病院　部屋番号等: 西.　病棟 3 階 305 号室			
	転院・転居の予定	□有 (いつ頃:　　) □無			
	調査の立会者	立会の有無	□なし　☑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。		
		フリガナ		本人との関係	
		氏名			
		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	□被保険者本人 ☑立会者	連絡時間	□いつでも ☑その他(月・水の 9:00〜17:00 は電話に出られません) ※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	□独居　☑同居家族有[夫・妻・子・子の配偶者・孫・父・母・その他(弟・弟の妻]	
	申請の理由	□病院から勧められた　□家族や知人から勧められた　□その他(　　)	
	主な病歴等	疾病名など	いつ頃から?
		糖尿病(状態が落ち着き、今は薬も飲んでいない)	平成20年 6月頃から
		高血圧症(内服治療中)	平成25年 4月頃から
		脳梗塞	平成30年 2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)	平成30年2月に脳梗塞で入院し、退院後に施設入所を希望しているため。	
	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 最近の状態は看護師から聞き取りをお願いします。最近は物忘れなど増えてきて、認知症もありそうですが、本人の前では話せないので、部屋の外でお話をお願いします。	

※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
□窓口(本庁・地域局・市民センター)　□郵送　□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 □ あり □ なし	□ あり □ なし		