介護保険　要介護・要支援　認定申請書

受付・申請日

高砂市長　様

次のとおり申請します。

□新規　□更新　□状態区分変更（状態が変化し、認定有効期間中に再度申請をされる方）　**□転入　□その他**

①介護を必要としておられる人について記入してください。

住 所	〒　　電話番号（　　） 昼に連絡可の電話番号（　　）				
フリガナ 氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日	性別	男・女

②実際に生活しておられる所が上記の住所と違う場合、また現在、施設へ入所しておられる場合や病院へ入院しておられる場合も記入してください。

所在地・住所	〒　　電話番号		
入院・入所の場合	（施設・病院名）　　（入院・入所　年月日） ．　．		
フリガナ 在宅の場合	様方	続　柄	本人の

③主治医

所　在　地	〒　　電話番号				
医療機関名		医師名		科名	

④医療保険（第２号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ特定疾病の記入と保険者証のコピーの添付をしてください）

保険者の名称				保険者番号		
被保険者証	記 号		番 号		枝 番	
特定疾病名						

⑤この申請書を提出される方（又は、代行事業者）について記入してください。

住　所 所在地	〒　　電話番号（　　） 昼に連絡可の電話番号（　　）		
氏　名 事業者名		続 柄	本人の
種　別 （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　その他（　　）		

⑥14 日以内に他の自治体から転入した方のみ記入

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　令和　年　月　日

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、高砂市から地域包括支援センター、居宅介護事業所、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。

市の記入欄

保険証番号										

前歴（ 支１ ・ 支２ ・ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）
有効期間　年　月　日～　年　月　日
月　日入力	保険証の添付　有　・　無
資格者証交付　年　月　日

本人氏名

（整理番号　　）

個人番号												