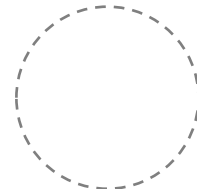


介護保険 要介護・要支援 認定申請書



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。

受付・申請日

住所	〒	電話番号 ()
		屋に連絡可の電話番号 ()
フリガナ		明治・大正・昭和
氏名	生年月日	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等のコピーを添付してください)

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	〒	電話番号 ()
所在地		屋に連絡可の電話番号 ()
氏名		続柄 本人の
事業者名		
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・介護医療院	

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、主治医意見書、高砂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砂市から地域包括支援センター、居宅介護事業者、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。

《市の記入欄》

保険証番号		本人氏名
前歴 (支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5)	個人番号	
有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	資格者証交付	年 月 日
月 日入力	保険証の添付	有 . 無
		(整理番号)