

# 介護保険要介護・要支援認定申請書

（宛先）高松市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

【受任者】

|                   |   |  |  |          |  |
|-------------------|---|--|--|----------|--|
| 申請区分              | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要支援からの変更（新規） <input type="checkbox"/> 転入 |  |  |          |  |
| 申請者               | フリガナ  |  |  | 被保険者との関係 |  |
|                   | 氏名  |  |  |          |  |
| 申請者               | 住所  | 〒 -  |  |          |  |
|                   |   | （この欄は、申請者が被保険者の場合は記入不要です。）電話番号 - -                                     |  |          |  |
| 提出代行者の名称・所在地・電話番号 |   | 該当するものに○（地域包括支援センター・指定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・指定介護療養型医療施設） |  |          |  |

【委任者】

|       |             |                        |     |  |  |  |             |  |  |  |  |          |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
|-------|-------------|------------------------|-----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|----------|-------|--|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 被保険者  | 被保険者番号      |                        |     |  |  |  |             |  |  |  |  | 個人番号     |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
|       | フリガナ        |                        |     |  |  |  |             |  |  |  |  | 生年月日     | 明・大・昭 |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |
|       | 氏名          |                        |     |  |  |  |             |  |  |  |  | 性別       | 男     |  | ・ | 女 |   |  |  |  |  |  |
|       | 住所          | 〒 -                    |     |  |  |  |             |  |  |  |  | 電話番号 - - |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
|       | 主治医         | 医療機関名                  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |          | 医師氏名  |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
|       |             | 所在地                    | 〒 - |  |  |  |             |  |  |  |  |          |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 該当者のみ | 現在の要介護状態区分等 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5      |     |  |  |  | 要支援状態区分 1 2 |  |  |  |  |          |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
|       | 変更申請の理由     | 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで |     |  |  |  |             |  |  |  |  |          |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 認定調査について | 調査連絡先  | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（氏名 本人との関係）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |  | 昼間連絡先  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          | 調査の場所  | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |  | 名称や住所  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 調査の立会い   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（氏名 本人との関係） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡事項     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）は、次の欄にも記入するとともに、申請の際、医療保険被保険者証等を提示してください。

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療保険者名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療保険被保険者証等の記号番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定疾病名  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

私は、以下のことに同意します。

- 主治医意見を提出した医師又は認定調査に従事した調査員から請求があったときは、介護認定審査会による私の判定結果が、当該医師又は当該調査員に提示されること。
- 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、私の要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医等の意見書が、地域包括支援センター、指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者又は介護保険施設の関係人に提示されること。
- 市が認定調査を第三者に委託したときは、その調査に必要な私の住所、氏名、連絡先等の事項が、当該委託先に提示されること。

被保険者

印

私は、上記の申請者を代理人と定め、介護保険要介護・要支援認定申請手続きを委任します。

被保険者

印

受付担当者には裏面も記入してください。

## &lt;受付担当者記入欄&gt;

|                |  |
|----------------|--|
| 職権確認<br>(個人番号) |  |
|----------------|--|

|              |   |  |
|--------------|---|--|
| 個人番号<br>確認書類 | 1 個人番号カード    2 通知カード    3 個人番号が記載された住民票等<br>4 その他 ( ) |  |
| 申請者<br>確認書類  | 1点のみで<br>可  | 1 個人番号カード    2 運転免許証    3 身体障害者手帳等    4 介護支援専門員証<br>5 その他 ( )                |
|              | 2点確認<br>必要  | 1 介護保険被保険者証    2 医療保険証    3 介護保険納入通知書    4 長寿手帳<br>5 包括・事業所の職員証    6 その他 ( ) |

## &lt;介護保険課記入欄&gt;

| 入力確認 | 資格者証 | 2号確認 |
|------|------|------|
|      |      |      |