

記入例

第2条関係)

(宛先) 高松市長

次のとおり申請します。

介護保険要支援認定申請書

申請区分は、間違わないように選んでください。

申請年月日 令和 元年 5月13日

【受任者】

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input checked="" type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要支援からの変更(新規) <input type="checkbox"/> 転入				
フリガナ	タカマツ ハナコ				
氏名	高松 花子 <small>妻</small>				
住所	〒760-8571 高松市番町一丁目8番15号				
提出代行者の名称・所在地・電話番号	事業所による代行申請の場合は、 事業所の名称、所在地、電話番号を記入し、事業所印を押印してください。				

【委任者】

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
フリガナ	タカマツ タロウ		生年月日 明・大・昭 2年3月4日
氏名	高松 太郎		性別 男・女
住所	〒760-8571 高松市番町一丁目8番15号 電話番号 087-839-2326		
主治医	医療機関名	高松市民病院	医師氏名 香川 健
	所在地	〒760-0005 高松市宮脇町二丁目36番1号	
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 平成30年1月1日から 令和元年12月31日まで 初めて申請する場合は、記入不要です。 身体状態が著しく悪化したため	

認定調査について	調査連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 本人以外(氏名 高松 一郎 本人との関係 長男)		
	調査の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> その他(長男宅)		
	調査の立会い	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(氏名 高松 一郎 本人との関係 長男)		
	連絡事項	認定調査に関する昼間連絡先、場所、連絡事項等は、 できる限り詳しく記入してください。		

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)は、認定調査の際に、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。

- 主治医意見書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。

私は、上記の

原則として、被保険者本人が署名し、押印してください。

印字は不可です。

高松 太郎

高松 太郎

受付担当者は裏面も記入してください。