

介護扶助 要介護・要支援 認定申請書

(宛先)高松市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請区分	☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更		
申請者の氏名			世帯主との関係
申請者の住所	〒 -		
電話番号 (この欄は、申請者が介護扶助を受けようとする者と同じの場合は、記入不要です。)			

介護扶助を受けようとする者	受付番号									
	フリガナ									
	氏名					生年月日	昭和	年	月	日
	住所	〒 -				性別	男 ・ 女			
	電話番号									
	前回の要介護認定の結果等 (要介護・要支援の更新認定の場合のみ記入すること。)	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援 1 2								
有効期間		年 月 日から				年 月 日まで				
指定介護施設への入所の有無 (短期入所を除く。)	有	入所施設名								
	無	所在地								

主治医	医師氏名			医療機関の名称		
	医療機関の所在地	〒 -				

特定疾病名						
-------	--	--	--	--	--	--

認定調査について	調査連絡先	☐ 本人 ☐ 本人以外 (氏名 本人との関係)				
	昼間連絡先					
	調査の場所	☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ その他 ()				
	名称や住所					
	調査の立会い	☐ 無 ☐ 有 (氏名 本人との関係)				
連絡事項						

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。

介護扶助を受けようとする者
