様式第１号（第２条関係）　**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 |
| 申 請 区 分 | | **□新規　　□更新　　□区分変更　　□要支援からの変更（新規）　　□転入** | | |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 被保険者との  関係 |  |
| 氏名 |  |
| 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） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　　　　　年　　月　　日　から　　　　　　年　　月　　日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請の理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（ | | | |  | | | ） |
| 住所又は名称 |  | | | | | | |
| 調査の立会い | □無　　□有（氏名 | |  | | | 本人との関係 |  | ） |
| 連絡事項 |  | | | | | | | |

　被保険者の医療保険について記入してください。第２号被保険者（４０歳以上６５歳未満の医療保険加入者）は特定疾病名も記載するとともに、申請の際、医療保険被保険者証を提示してください。

**受付担当者は裏面も記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 |  | | | 保険者番号 |  | | 特定疾病名 |  | |
| 医療保険被保険者証 | | 記 号 |  | | 番 号 |  | | 枝 番 |  |

　　私は、以下のことに同意します。

１　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。

２　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。

３　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。

４　更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、認定延期通知を省略すること。

被保険者

（裏面）

＜受付担当者記入欄＞

|  |  |
| --- | --- |
| 職権確認  (個人番号) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 個人番号  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  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 申請者  確認書類 | １点のみで可 | 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  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２点確認  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  ５　包括・事業所の職員証　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜介護保険課記入欄＞

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