

記入例

第2条関係)

(死後) 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 年 月 日

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
申請者氏名	フリガナ タカマツ ハナコ 高松 花子 被保険者との関係 妻
申請者住所	〒760-8571 高松市番町一丁目8番15号 実際に申請に来られる方の氏名、住所等を記入してください。 (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) 事業所による代行申請の場合は、事業所の名称、所在地、電話番号を記入してください。

被保険者	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	医師氏名	香川 健
	所在地	〒761-8538 高松市仏生山町甲847番地1		
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	初めて申請する場合は、記入不要です。 から 年 月 日 まで 身体の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)
		昼間連絡先 090-0000-0000
	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)
		住所又は名称 高松市番町五丁目1番10号 高松ハイツ101
	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	連絡は午後をお願いします 認定調査に関する昼間連絡先、場所、連絡事項等は、できるだけ詳しく記入してください。

被保険者の医療保険について記入してください。第2号被保険者の医療保険も記入してください。

第2号被保険者の申請の時は、医療保険加入者であることを確認することができる書類等の提示を求める場合があります。

医療保険	保険者名	香川県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39370002	特定疾病名	
	被保険者記号	●●●●	番号	12345678	枝番	

私は、以下のこと

- 1 医療保険に関する情報を記載してください。第2号被保険者は「特定疾病名」欄の記載が必須です。
- 2 認定調査結果、申請年月日、介護保険料の負担額、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
- 3 被保険者の氏名は、自署、申請者(受任者)の代筆の場合は押印不要。印字やゴム印の場合は押印してください。

被保険者 高松 太郎

高松

受任者は裏面に記入してください。