

★申請時には介護保険の被保険者証を添付してください

(様式第5号) (被保険者証を紛失されている時は、申請の際に職員に伝えてください。)

介護保険		要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定										申請書				
高知市長 様												申請年月日		令和〇〇年△△月××日		
医療保険の情報を申請します。 記入してください。												個人番号				
被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号				
医療保険		保険者名					〇〇保険協会					保険者番号		390013		
被保険者証		記号					12345678					番号		1234	枝番	01
フリガナ		カイゴ ハナコ					生年月日		明・大・昭 2年 1月 1日							
「住民票」の住所を記入してください		介護 花子					性別		男・(女)							
住所 (住民票)		高知市本町5丁目1番45号										電話番号		000 - 0000 - 0000		
前回の要介護認定の結果等		新規の申請の場合記入不要です					介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2				
※要介護・要支援更新認定者のみ記入		有効期間					平成 年 月 日 から 平成 年 月 日									
現在入所・入院中の介護保険施設・医療機関等の有無		<input checked="" type="radio"/>	介護保険施設等の名称		〇〇老人ホーム											
		無	所在地		高知市南北町1丁目2番3号											
調査先住所		在宅の方は「無」に○をしてください					家族・事業者・施設職員など記入してください					電話番号		-		
申請者氏名又は提出代行者名称		介護 太郎										本人との関係		長男		
提出代行者のみ○を記入してください		高知市本町5丁目1番45号										電話番号		000 - 000 - 0000		
主治医の氏名		高知 泉一					医療機関名		東西病院							
所在地		高知市東西町1-2-3										日頃から診てもらっている先生で「主治医意見書」の記入をお願いする主治医・医療機関名を記入してください				
第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入																
特定疾病名																
介護サービス計画の作成等介護保険の給付を受けるための必要があるときは、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半額給付を受ける場合、事業者、居宅サービス事業者若しくは介護事業者が、介護サービスを受けることに同意します。																
第2号被保険者は医療保険証のコピーを添付してください 更新申請の場合も同様に添付してください																
本人の記入が困難な場合は代筆でも可です												被保険者氏名		介護 花子		
												(代筆者氏名		介護 太郎)		

調査を希望する曜日					家族等立会の希望の有無				
月	火	水	木	金	<input checked="" type="radio"/> 有 [立会者: 介護 太郎]				
午前 ○	午前	午前 ○	午前	午前	連絡可能時間帯(被保険者): 9:00~ 17:00				
午後	午後	午後 ○	午後	午後 ○	" (立会希望者): 13:00~ TEL ***-****				

希望があれば○をしてください