

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

申請区分 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	変更 (<input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要介護新規)	<input type="checkbox"/> 転入
			(要介護の方)	(要支援の方)

高知市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

被 保 者	介護保険 被保険者番号											個人番号											
	医療 保 険	保険者名											保険者番号										
	被保険者証	記号											番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日							
	氏 名											性 別	男	・	女								
	住 所 (住民票)											電話番号											
該 当 の 方 の み	現在(前回)の 要介護認定の 結果等	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	~	年					月	日							
変 更 申 請 の 理 由 (該当に✓)		<input type="checkbox"/> 身体機能の低下					<input type="checkbox"/> 介護量の増加																
		<input type="checkbox"/> 認知機能の低下					<input type="checkbox"/> その他 ()																
現 在 入 所 ・ 入 院 中 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 の 有 無	有	介護保険施設 等の名称																					
	無	所在地																					
調 査 先 住 所											電話番号												

該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 本人との関係

申請者氏名又は 提出代行者名称										
住 所										

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地											電話番号										

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事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、高知市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、高知市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに

同意します。 同意しません。

【更新申請の場合のみ】 申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期限内であれば、延期通知書を省略することに

同意します。 同意しません。

被保険者氏名

(代筆者氏名)

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	有	無	〔立会者: 本人との関係: 〕		
午前	午前	午前	午前	午前	連絡可能時間帯(被保険者):			~	電話番号
午後	午後	午後	午後	午後	" (立会希望者):			~	