

個人番号 00000000000000

記入例

市受付印

介護保険 要介護認定・要支援認定
(新規・更新・区分変更)申請書

※該当する申請区分にを記入してください。
※区分変更申請の場合は下欄に理由を記載してください。

区分変更申請理由：**骨折により、ADLが低下したため**

(宛先) 高槻市長
次のおと申請します。

(注)この申請書に『介護保険被保険者証』『主治医意見書(大阪医科薬科大学病院を除く高槻市、島本町の医療機関のみ)』を添付してください。

① 被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0001234567	申請年月日	令和 6 年 5 月 1 日	
	医療 保険	保険者名 被保険者番号	<input type="checkbox"/> 大阪府後期高齢者医療広域連合(39272075) <input checked="" type="checkbox"/> 高槻市国民健康保険(270082) <input type="checkbox"/> その他()	被保険者証	記号: 高国 番号: 1234567 枝番: 00
	フリガナ	タカツキ タロウ		生年月日	明・大・ 昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏 名	高槻 太郎		性別	男 ・ 女
	住 所	〒 000 - 0000 高槻市〇〇町1-1		電話番号	000-000-0000
	現在の要介護 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 ・ 事業対象者 [有効期間] 令和 6 年 1 月 1 日 から 令和 6 年 12 月 31 日 まで			
過去6か月間の 介護保険施設・ 医療機関等 入院入所の有無	介護保険施設の名称・所在地	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	医療機関の名称・所在地	期間	令和 6 年 4 月 1 日 ~ 令和 6 年 4 月 14 日		

② 提 出 代 理 者	事業所の種類	該当に○ [地域包括支援センター ・ 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 ・ 地域密着型介護老人福祉施設]		
	事業所の名称 (申請者氏名)	高槻 花子	被保険者との関係 (提出代理事業者 は記入不要)	長女
	住 所	〒 000 - 0000 高槻市〇〇町1-2 電話番号 000-000-0000		

③ 主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒 000 - 0000 〇〇市〇〇町2-2 電話番号 000-000-0000		

④ 認 定 調 査	同席者	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (同席者氏名: 高槻 花子 関係: 長女)		
	日程調整される方	本人 <input checked="" type="checkbox"/> (同席者) ・ その他 (氏名: 関係:)		
	連絡先	昼間連絡の取れる電話番号 (自宅: 000-000-0000 携帯: 000-0000-0000)		
	調査場所	自宅 <input checked="" type="checkbox"/> (名称: 長女宅 住所: 高槻市〇〇町1-2)		
	備考欄			

⑤ 特 定 疾 病 名	(40歳から64歳の方のみ記入し、医療保険証の写しを添付してください。)
----------------------------	--------------------------------------

- ⑥
1. 居宅介護サービス計画その他の介護保険に関するサービス計画の作成のための資料提供の申し出があった場合、要介護認定・要支援認定に係る調査票及び主治医意見書を、高槻市から、わたしが契約(入所)している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等又は介護保険施設の関係人に提供することに同意します。
 2. 高槻市から認定調査の委託をしている事業者に、この申請書に記載の情報を提供することに同意します。
 3. 主治医意見書を作成した医師より求めがあれば、要介護・要支援認定結果や居宅介護サービス計画等の作成事業者名を当該医師に提示することに同意します。
 4. 更新申請について、有効期間内に認定結果をお知らせできる場合には、申請日から30日を超える場合であっても、高槻市からの延期通知を省略することに同意します。

本人署名

高槻 太郎

※同意内容をご確認の上、ご署名をお願いします。