

個人番号

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：

(宛先) 高槻市長
次のとおり申請します。

(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 | 介護保険被保険者番号 | | | | 申請年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 被 保 険 者 | 医療 保 険 | 保険者名 | | 保険者番号 | | 39272075(大阪府後期高齢者医療広域連合) 270082(高槻市国民健康保険) その他() | |
| 被保険者証 | | | 記号 | 番号 | 枝番 | | | |
| 保 険 者 | 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 | | | | |
| 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 |
| 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 年 月 日～ 年 月 日 | | | |
| 有・無 | | 医療機関の名称・所在地 | | | 期間 年 月 日～ 年 月 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・介護老人福祉施設・小規模多機能型居宅介護事業者・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院] | | | | | | | |
| | 事業所の名称(申請者氏名) | | | | | | 被保険者との関係 (提出代理事業者は記入不要) | | |
| | 住 所 | 〒 - | | 電話番号 | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|--------|-----|--|-------|--|--|--|
| ③ 主 治 医 | 主治医の氏名 | | | 医療機関名 | | | |
| | 所在地 | 〒 - | | 電話番号 | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------|---------------------|--|--|-------|---|--|--|--|
| ④ 認 定 調 査 | 同席者 | 無・有 (同席者氏名：) | | | 関係： |) | | | |
| | 日程調整される方 | 本人・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：) | | | 携帯： |) | | | |
| | 調査場所 | 自宅・自宅以外 [名称：] | | | 住所：] | | | | |
| | 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。) | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

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、及び主治医意見書を、高槻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等若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

| | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|-------------|---|
| ⑥ 本 人 署 名 | | | | | | | 【市記入欄】調査委託先 | 様 |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|-------------|---|

ご不明な点がございましたらご連絡ください。

高槻市 長寿介護課 認定チーム (電話)072-674-7167