

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：**骨折してADLが低下したため**(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 被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	申請年月日	令和 4年 9月 1日				
	医療 保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 大阪府後期高齢者医療広域連合 <input checked="" type="checkbox"/> 高槻市(高槻市国民健康保険) <input type="checkbox"/> その他()	保険者番号	<input type="checkbox"/> 39272075(大阪府後期高齢者医療広域連合) <input checked="" type="checkbox"/> 270082(高槻市国民健康保険) <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	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女		
	住 所	〒 000-0000 高槻市○○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] <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4 5 ・ [要支援状態区分] 1 2 ・ 事業 対象者			[有効期間] 3年 11月 1日 から 4年 10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 年 月 日～ 年 月 日				
	医療機関の名称・所在地			期間 4年 8月 1日～ 4年 8月 15日				
	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	○○病院						

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)	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○○町1-2		電話番号	000-000-0000	

③ 主 治 医	主治医の氏名	○○ ○○	医療機関名	○○病院	
	所 在 地	〒 - ○○市○○町2-2		電話番号	000-000-0000

④ 認 定 調 査	同席者	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (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="radio"/> 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="radio"/> 自宅以外 [名称： 長女宅 住所： 高槻市○○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。)
----------------------------	--------------------------------------

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	高槻 太郎	【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



認定申請をされた方へ



●認定調査について

本日ご提出いただいた認定申請書【新規・更新（コロナ延長を除く）・区分変更】をもとに、市もしくは市から委託を受けた業者が認定調査に伺います。

調査を受けられる方は、次のことにご協力をお願いします。

1. マスクを着用する等、咳エチケットを行ってください。
2. 石けんによる手洗いや手指消毒用のアルコールによる消毒に努めてください。
3. 発熱や倦怠感などの症状がある場合は調査を延期してください。
4. ご家族等に感染の疑いがある場合は調査を延期してください。
③ 3, 4に該当する場合は事前に調査中止のご連絡をください。
5. 十分に換気を行ってください。
6. 感染予防のため、玄関先での調査をお願いすることもあります。

※上記のお願いを守っていただけない場合は、調査を中止、延期することもあります。

※急ぎでのサービス利用をお考えでない場合や、調査を受けることにご心配がある場合、調査を保留することもできます。ご相談ください。

※調査時間短縮のため、お困りごとなどを予め、整理しておいてください。

感染症拡大防止のため、ご協力をお願い致します。

●認定結果について

認定結果が出たら、要介護状態区分等を記載した認定結果通知書と被保険者証を送付します。認定結果の送付は、申請から約30日後となります。

また、認定結果の送付が申請日から30日を超える場合や、更新申請については有効期間終了後に認定結果が出る場合に、処理見込期間等が記載された「延期通知」を送付しています。

ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

長寿介護課 認定チーム
(電話) 072-674-7167