

個人番号

令和8年4月1日改訂

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

市受付印

※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
次のお通り申請します。

(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
申請年月日
令和 年 月 日
医療保険 保険者名 保険者番号
大阪府後期高齢者医療広域連合(39272075)
高槻市国民健康保険(270082)
その他( )
被保険者証 記号:
番号:
枝番:
フリガナ
氏名
生年月日 明・大・昭 年 月 日
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
[有効期間] 令和 年 月 日 から 令和 年 月 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
医療機関の名称・所在地 期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
有・無

② 提出(申請代行者)
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)
被保険者との関係(提出代行業者は記入不要)
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。)

- ⑥ 1. 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、高槻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、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。
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. 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。

※介護保険被保険者証を紛失等により添付できない方は、下記の内容を確認の上、ご署名をお願いします。

【介護保険被保険者証再交付申請】

介護保険被保険者証を紛失等のため再交付を申請します。証については、要介護認定・要支援認定申請の結果をもって受領することに同意します。なお、紛失した証を発見した場合は、速やかに高槻市に返却します。

本人署名

【市記入欄】調査委託先

様