

介護保険（要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定）

申請書

保険料	保険証

高島市長

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	0 0 0 0	個人番号												
	医療 保険	保険者名	保険者番号		番号		枝番								
被 保 者	被保険者証	記号	番号		枝番										
	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年	月	日							
被 保 者	氏名			性別	男・女	年齢	歳								
	住所	〒													
被 保 者	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2 なし										
		有効期限	年	月	日	から	年	月	日						
被 保 者	過去の6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 []												
		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (すでに認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) [はい ・ いいえ] 「はい」の場合、申請日 年 月 日													
被 保 者	有・無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日					
		介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日					

提出 代 行 者	名称	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・指定介護療養型医療施設・介護医療院）										
	住所	〒 担当（ ） 電話番号（ ）										

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、および主治医意見書を、高島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も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または認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

【高島市・居宅介護支援事業者記入欄】

要介護認定調査員	
所属	氏名

介護認定申請受付時間き取り票

◎被保険者様および調査立会について (被保険者氏名)

被保険者の 状況	(1) 住まい： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居世帯 <input type="checkbox"/> 施設等 () (2) 物忘れ： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 疑いあり <input type="checkbox"/> ない (3) 聴力： <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない
申請の理由	<input type="checkbox"/> 本人が自主的 <input type="checkbox"/> 家族が自主的 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 保健センターへの相談 <input type="checkbox"/> 医療機関の勧め <input type="checkbox"/> 民生委員の勧め <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 認定切れ <input type="checkbox"/> その他 ()
申請の内容	(1) 申請種別： <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 (要支援者の要介護新規申請を含む) (2) 申請の主訴： (※身体・認知の現状、困り事、どうしたいかなど具体的に記載してください。)
申請手続き者 氏名	氏名 (続柄：) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外) 住所 電話
調整の連絡先 注1	氏名 (続柄：) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外) 住所 電話
調査時の立会者 注1	氏名 (続柄：) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外) 住所 電話

◎病院やサービス等の利用状況について

直近の受診予定	月 日	※主治医 (申請すること) <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない					
入院中の場合	病棟		部屋番号		担当看護師等		
サービス利用・通院等の状況 (※欄内に利用している事業所名等を記載してください。)							
	月	火	水	木	金	土	日
午 前							
午 後							
備 考							

◎調査日程の調整に関して (平日 8:30~17:00 の間に 0740-25-8126 から連絡します。)

調査の希望日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※日程調整の参考にさせていただきます。(調査実施時間 平日 9:00~16:00)
	市役所記入欄： 受付者所属 () 氏名 ()

注1：上記と同じ場合は記入不要