

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

高萩市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 者	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名	サービスを希望する方		性別	男 ・ 女
	住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 サービスを希望する方の住所 電話番号 〇〇-〇〇〇〇			
	家族等連絡先	氏名（代理記入した方の氏名）続柄（ ） 電話・携帯（昼間つながる電話番号）			
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 経過的要介護 要支援状態区分 1 2			
	有効期限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		令和 年 月 日	
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出先自治体（市町村）名 [ ] 現在、転出自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既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 令和 年 月 日			
過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地		}	過去6ヶ月間	
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地			で入院・入所した場合に記入	
			期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
			期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

提 出 代 行 者	名 称	該当に〇（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・社会保険労務士） <b>申請を代行した者（事業者）が記入した場合 ※必ず押印する (印)</b>
	住 所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 申請書を代行した者（事業者）の住所（所在地） 電話番号 〇〇-〇〇〇〇

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	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇丁目〇〇番地の〇 電話番号 〇〇-〇〇〇〇		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
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、及び主治医意見書を、高萩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又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 本人氏名を記入（代筆可）