

介護保険要介護・要支援(新規・更新・変更・転入)認定申請書

高岡市長 あて

次のとおり申請します。

※『被保険者証』及び『主治医意見書』を添付して申請してください。 申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号				個人番号 (マイナンバー)							
	医 療 保 険	医療 保険者名	□富山県後期高齢者医療広域連合 □高岡市(国保加入)				医療保険者番号					
		被保険者 記号・番号					枝番					
	フリガナ								生年月日			
	被保険者氏名				(男・女)				大・昭 年 月 日			
	被保険者住所				〒				電話番号 — —			
	現在、介護保険施設・医療機関等 入所入院(該当に○) 有・無				介護保険施設・医療機関等の名称等				期間 年 月 日～ 年 月 日			
	前回の要介護認定の結果等 ※更新・変更申請の場合に記入				要介護状態区分 1 2 3 4 5 有効期間 年 月 日 から				要支援状態区分 1 2 年 月 日			
	変更申請の理由 ※変更申請の場合のみ記入				□心身機能の悪化 □心身機能の改善 □その他()							

申 請 者	フリガナ					被保険者との 関係	□本人 □配偶者 □子 □その他()				
	申請者氏名	□被保険者と同じ									
	申請者住所	〒				電話番号 — —					
提出代行者名称		該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) (担当者:)									

▼第2号被保険者(40歳から64歳)の方は、特定疾病名を記入してください。

特定疾病名	
-------	--

▼主治医意見書の添付のない場合のみご記入ください。

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

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、高岡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、高岡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。

被保険者氏名 代理者氏名 被保険者との関係

事務連絡(提出代行者以外が認定調査を実施する場合に記入してください) ※提出代行者が認定調査を実施する場合は記入不要です※		高岡市使用欄		
調査場所	自宅(駐車場 有/無)・病院()・その他()	受付	入力	認定調査機関
立会希望	提出代行者・家族()・その他()			□市(月 日() :) 当日連絡 必要・不要
調整連絡先	被保険者・申請者・提出代行者 その他{氏名等() 電話番号()}	□委託()		