

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。 申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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											
		記号番号											枝 番											
	フリガナ												生 年 月 日											
	被保険者氏名												(男 ・ 女)		明・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																							

申 請 者	フリガナ											被保険者との関係											
	申請者氏名																						
	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・介護療養型医療施設・介護医療院）																					

▼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、医療保険証の写しを必ず添付してください。

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・意見及び主治医意見書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。

被保険者氏名 代理者氏名 被保険者との関係

備 考 欄	高岡市使用欄		
	受 付	入 力	認定調査機関

『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。なお、転入の場合は『住民異動届』の写しを添付してください。