

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

（あて先）日高市長
次のとおり申請します。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号							個人番号												
	医療 保険	保険者名							保険者番号											
		被保険者証	記号				番号				枝番									
	フリガナ							申請年月日	年			月 日								
	氏名							生年月日	年			月 日			性別	男・女				
	住所	〒											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					要支援状態区分 1 2											
				有効期間					年			月			日まで					
		※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（市区町村）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。 [はい・いいえ] (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」の場合、申請日 年 月 日																	
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	有 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療機関等		施設等の名称					期間					年		月			日から		
	無 <input type="checkbox"/>		所在地										年			月			日まで	

申 請 者	氏名						本人との 続 柄							
	住所	〒											電話番号	
提 出 代 行 事 業 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	〒											電話番号	

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

同 意 欄	<p>・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・要支援認定に係る調査内容、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、日高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。</p> <p>・（更新申請の場合のみ）今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えるとときであっても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間内であれば、認定延期の通知を省略することに同意します。</p>										
	本人氏名 _____										

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名											
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定調査について

申請後、認定調査員がご自宅（または入所先）にお伺いしますが、認定調査の日時を調整する際の参考にしますので、下記の項目に記入してください。

1 認定調査の日時について、ご希望はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の場合は、都合の良い日時(または都合の悪い日時)を記入してください。

なお、土、日、祝日、年末年始の調査や、平日の調査でも、早朝（午前9時以前）、夕方、夜間（午後4時以後）の時間帯はご遠慮ください。

都合の良い日	例：水、木曜日の午後
都合の悪い日	例：月、火曜日の午前中

2 認定調査に際して、どなたか立会いを希望しますか？ はい ・ いいえ

「はい」の場合は、立会いを希望される人の氏名、本人との続柄、日中の連絡先

（自宅、勤務先、携帯電話の番号等、あれば連絡の取りやすい時間帯等）を記入してください。

氏名	続柄	日中の連絡先

認定結果等の送付先について

被保険者（ご本人）が独居で認知症があるなどの理由で、認定結果等の通知や、被保険者証を管理できない場合は、送付先を変更できます。その場合は、下記の欄に記入してください。

氏名	住所	続柄	連絡先
	〒		

※この記入によって送付先とするのは認定結果通知や今後の更新に関する事など、認定に係る通知のみです。