介護保険

要介護認定・要支

介護保険被保険者証をお持ちの場合は、 申請時に提出してください。

要介護更新認定

(あて先) 日高市長 次のとおり申請します。 「マイナンバー」をご記入ください。

(把握されていない場合は未記入で構いません。)

	介 護 被保険 ¹	保	0 0 0 0 1 2 3 4 5	6	個人	番号						
	医療保険者名 被保険者証		OO健康保険組合 記号 1000		保険者番号		5	加入している医療保険を記入				
					番号 A02		2	(日高市国保、後期高齢者、〇健保など)				(ど)
	フリガナ		ヒダカ イチコ		申請年月日			令和 4 年 4 月 1 日				
被	氏	名	日高 市子	=	生年月日		ı	昭和10年4月8日 性別 男女				
保	保 住 所 〒350-1292 日高市大字南平沢 1 O 2 O 電話番号 O 4 2 (9 8 9) 2 1						2111					
険	前回の要介護		*要介護・要 支援更新認定 要介護状態区分	1	2 3	4 3	5	要支援	状態区分	1 2	2	
P)C			の場合のみ記 有効期間	年		月	日か	Ŝ.	年	月	日まで	
者	認定の約		※14日以内に 他自治体から	転出元自治体(市区町村)名 []								
				以内に入院、施設入所等があった方は、ご記入ください。								
	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 施設等の名称 ○ ○ 病院					期間	会和 ∕	年 1 日	5 目から	1
			☑ ν A K B R R R R R R R R R R R R R R R R R R	有平	「平沢〇〇〇			令和4年2月6日まで				
	無											
		氏名	日高 太郎				本続	(人との)(柄)	子			ŀ
申	請者	住所	〒350-1232 日高市大字鹿山320 電話番号 042(985)1234									
		•			者·指定介言	隻 老人福祉施		前省 万 選老人保健施設・				-
	出代行	名称	本人以外の方が申請す	る場	合は、	氏名、紛	続柄、	. 住所、電	話番号をこ	□記入〈	ください。	
事	業者	住所	〒 主治医の氏名はフルネーム(フリガナ)をご記入ください。									
			フリガナ コマゴウ	<u> </u>		医療機	関タ	,)病院		

所 在 地 電話番号 042 (989) 5432 日高市大字南平沢〇〇〇

〒350-1232

以下の内容について同意できる場合は、認定を受ける本人が署名(代筆可)

高麗郷 広

- ・ケアマネジャーのケアプラン作成のための認定情報の開示、主治医意見書の医師への認定情報の開示。
- ・更新申請の場合で、申請から30日を超えたとしても、有効期間内に認定結果が出る場合の延期通知の省略。
- (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日を超えるとさしめる。 ✓ 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。

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

主治医の氏名

日高 太郎(代筆)

市子

日高

特定疾病名

主

司

意

欄

治

医

第2号被保険者の方(40~64歳)は、介護保険の対象となる特定疾病をご記入ください。

本人氏名

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。

	例:水、木曜日の午後
	・月曜日の午前中
都合の良い日	・第1、2、4水曜日 ・〇月〇日以降
	例:月、火曜日の午前中
	- 火曜日
都合の悪い日	- 木曜日14時以降

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
日高 太郎	子	O 9 O − 2 1 1 1 − 4 4 4 4 ・携帯はお昼休み(13:00~14:00)のみ ・午前中は勤務先(989-21114)へ

3 認定調査の訪問先ご自宅の調査員駐車場所について

ご自宅敷地内に、駐車できるものをすべて選択してください。

- ☑ 普通自動車 ☑ 軽自動車 ☑ バイク ☑ 自転車
- □ 上記すべて駐車できる場所がない □ わからない
- ☑ その他 (【上記に該当がない場合】ごく近隣に駐車場所(道路上ではない)を確保できます 等)

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			
		₹						
			認定に係る送付	認定に係る送付先を本人住所以外に変更したい場合に記入				