

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書

高石市長宛

次のとおり申請します。

		申請年月日				年 月 日						
被 保 険 者 名	介護保険 被保険者番号						個人番号					
	医 療 保 険	保 険 者 名	☐ 大阪府後期高齢者医療広域連合				被保険者番号					
			☐ 高石市(国保加入の方)				保険者番号					
			☐ その他()				記 号		番 号		枝 番	
	フリガナ						生年月日		明・大・昭 年 月 日			
	氏 名						性 別					
	住 所		〒				電話番号					
病院等に入院 の場合		医療機関等名										
		所在地										

提 出 代 行 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）			
	住 所	〒			
		電話番号			

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

※1ヶ月以内に主治医の診察を受けましたか ☐はい ☐いいえ 「いいえ」の場合下記も記入してください
 （最終受診日： 年 月 日 次回受診予定日： 年 月頃）

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険証又はコピーを添付

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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又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

裏面もご記入ください。

認 定 調 査 に つ い て

要介護認定のために、あなたの心身の状況に関することについて、調査員があなたのご家庭などにお伺いしてお聞きます。

認定調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。

本人氏名	フリガナ					
日程調整を行う 方の連絡先	氏 名		続柄			
	電話番号	①() —	自宅・携帯・その他()			
		②() —	自宅・携帯・その他()			
認定調査時に 同席する方	☐ いる (氏名 続柄) ☐ いない					
認定調査日時 について	☐ 特にない ☐ 曜日 ○月曜日 ○火曜日 ○水曜日 ○木曜日 ○金曜日 ☐ 時間の希望がある (午前9時 ~ 午後5時の間) ○午前() ○午後()					
認定調査場所	☐ 申請書記載の住所 (自宅) ☐ その他 (名称・住所を下記に記入して下さい) <u>家族の家等</u> <u>施設・入院先</u> <u>病院の場合 病棟 階 号室</u>					
申請理由	認定申請をするに至った理由 _____					
サービスの 利用希望	☐ 希望あり (サービス名) ※ 緊急に利用が必要ですか? ☐ はい ☐ いいえ ☐ 希望なし または わからない					
手話通訳者が 必要ですか	☐ 必要 具体的にどのような人が必要ですか () ☐ 必要なし					
その他	・その他調査について伝えておきたいことがありましたらご記入ください。 _____ _____					