

介護保険要介護認定申請書（要支援→要介護）

高石市長宛

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
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）		
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所欄は記載不要

被 保 險 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 保険者番号
	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名	性 別		
	住 所	〒 電話番号		
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 認定有効期間	要支援 1・2 年 月 日 から 年 月 日	
	変更申請 理由			
	入院等の場合	入院施設名 所在地		

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 曆)

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ご質問について、調査員がお伺いしてお聞きします。認定調査に先立って、次の事項をお聞かせください。