様式第６号

介護保険　　要介護認定・要支援認定　　申請書

高 石 市 長 様

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	0 0 0 0		個 人 番 号			
	医療保険 保険者名			保険者番号			
	医療保険 被保険者証	記号		番号		枝番	
	フ リ カ ゞ ナ			生年月日	年　月　日		
	氏　　名			性 別	男　・　女		
	住　　所	〒　　ー 電話番号					
	前回の要介護認定の結果等 ※更新申請の場合のみ記入	要介護状態区分　１　２　３　４　５　　要支援状態区分　１　２					
		有効期限　　年　月　日 から　　年　月　日					
	※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。 （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 ・ いいえ 「はい」の場合、申請日　　年　月　日					
	介護保険施設・医療機関等への入院、入所の有無 有 ・ 無	介護保険施設の名称等 所在地		期間　年　月　日 ～ 年　月　日			
		医療機関等の名称等 所在地		期間　年　月　日 ～ 年　月　日			

提出代行者	名 称 ・ 氏 名	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・介護医療院）
	住　所	〒　　ー 電話番号

主　治　医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒　　ー 電話番号		

第２号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、高石市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、高石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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

認　定　調　査　に　つ　い　て

※該当に○
〈新規・更新・区分変更〉

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。

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	☐ いない ※入院中の場合は病棟看護師に聞き取り調査を行いますので、同席者がいなくても大丈夫です。 ☐ 日程調整を行う方と同じ ☐ 日程調整を行う方以外　（氏名　　続柄　　）			
認定調査日時について	☐ 特にない ☐ 曜日　　〇月曜日　〇火曜日　〇水曜日　〇木曜日　〇金曜日 ☐ 時間の希望がある　（　午前９時　～　午後５時の間　） 〇午前（　　）　〇午後（　　）			
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） ☐家族の家等　→　住所 ＿＿＿＿＿＿ ☐施設・入院先の方　→　　年　　月　　日から入院・入所している 病院名・施設名（住所・電話番号） ＿＿＿＿＿＿ ☐入院先から移る予定がある方 〇転院・入所等　→　　年　　月　　日頃 病院名・施設名（住所・電話番号） ＿＿＿＿＿＿ 〇退院予定　→　　年　　月　　日頃 ※退院後の連絡先（氏名　　続柄　　電話番号　　）			
申請理由 ※新規・区分変更の場合は詳しく記入してください	主な病名又は症状、サービス利用を希望するに至った理由、日常生活で困っていること等を記入してください。 利用中・利用希望のサービス ☐ 訪問介護（ホームヘルプ）　☐ 訪問看護 ☐ 通所介護（デイサービス）　☐ 通所リハビリ（デイリハ） ☐ 福祉用具貸与　☐ その他（　　）			
ペットの飼育	☐ なし　☐ あり →　☐ 犬　☐ 猫　☐ その他（　　）			
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。			