

# ★申請時には介護保険の被保険者証を添付してください

(様式第5号) (被保険者証を紛失されている時は、申請の際に職員に伝えてください。)

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

高知市長 様

## 記入例

医療保険の情報を記入してください。

申請します。

申請年月日 令和〇〇年△△月××日

|      |       |        |          |       |        |    |    |
|------|-------|--------|----------|-------|--------|----|----|
| 医療保険 | 保険者名  | 〇〇保険協会 |          | 保険者番号 | 390013 |    |    |
|      | 被保険者証 | 記号     | 12345678 | 番号    | 1234   | 枝番 | 01 |

「住民票」の住所を記入してください

|      |         |      |                 |
|------|---------|------|-----------------|
| フリガナ | カイゴ ハナコ | 生年月日 | 明・大(昭) 2年 1月 1日 |
|      | 介護 花子   | 性別   | 男・(女)           |

|                   |                |             |           |                   |     |
|-------------------|----------------|-------------|-----------|-------------------|-----|
| 住所(住民票)           | 高知市本町5丁目1番45号  |             | 電話番号      | 000 - 0000 - 0000 |     |
| 前回の要介護認定の結果等      | 新規の申請の場合記入不要です | 介護状態区分      | 1 2 3 4 5 | 要支援状態区分           | 1 2 |
| ※要介護・要支援更新認定者のみ記入 | 有効期間           | 令和 年 月 日 から | 令和 年 月 日  |                   |     |

|                          |                |               |
|--------------------------|----------------|---------------|
| 現在入所・入院中の介護保険施設・医療機関等の有無 | (有) 介護保険施設等の名称 | 〇〇老人ホーム       |
|                          | 所在地            | 高知市南北町1丁目2番3号 |

|       |                        |                       |
|-------|------------------------|-----------------------|
| 調査先住所 | 在宅の方は「無」に○をしてください      | 家族・事業者・施設職員など記入してください |
|       | (住民票住所と相違する場合記入してください) | 電話番号                  |

|                |  |       |        |    |
|----------------|--|-------|--------|----|
| 申請者氏名又は提出代行者名称 | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) | 介護 太郎 | 本人との関係 | 長男 |
|----------------|--|-------|--------|----|

|                   |               |      |                  |
|-------------------|---------------|------|------------------|
| 提出代行者のみ○を記入してください | 高知市本町5丁目1番45号 | 電話番号 | 000 - 000 - 0000 |
|-------------------|---------------|------|------------------|

|        |             |       |      |
|--------|-------------|-------|------|
| 主治医の氏名 | 高知 県一       | 医療機関名 | 東西病院 |
| 所在地    | 高知市東西町1-2-3 |       |      |

日頃から診てもらっている先生で「主治医意見書」の記入をお願いする主治医・医療機関名を記入してください

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 |  |
|-------|--|

介護サービス計画の作成等介護... 必要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... 援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護... 提示することに同意します。

第2号被保険者は医療保険証のコピーを添付してください  
更新申請の場合も同様に添付してください

本人の記入が困難な場合は代筆でも可です  
被保険者氏名 介護 花子  
(代筆者氏名 介護 太郎)

|           |    |      |    |      |                |                     |
|-----------|----|------|----|------|----------------|---------------------|
| 調査を希望する曜日 |    |      |    |      | 家族等立会の希望の有無    |                     |
| 月         | 火  | 水    | 木  | 金    | (有)・無          | [立会者: 介護 太郎]        |
| 午前 ○      | 午前 | 午前 ○ | 午前 | 午前   | 連絡可能時間帯(被保険者): | 9:00~17:00          |
| 午後        | 午後 | 午後   | 午後 | 午後 ○ | " (立会希望者):     | 13:00~ TEL ***-**** |

希望があれば○をしてください