

★申請時には介護保険の被保険者証を添付してください 紛失されている時は、申請書のみ提出してください

(様式第5号)

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

該当する申請区分に
○をしてください

高知市長 様

次のとおり申請します。

記入例

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	申請年月日	平成	○年△△月××日							
フリガナ	カイゴ ハナコ										生年月日	明(大)昭	○年△△月××日							
名	介護 花子										性別	男 ・ (女)								
住所 (住民票)	〒780-0870 高知市本町5丁目6番13号 電話番号 000-000-0000																			
前回の要介護認定の結果	新規の申請の場合 記入不要です										区分	1	2	3	4	5	経過的要介護	要支援状態区分	1	2
※要介護・要支援 新認定者のみ記入	有効期間										平成	年	月	日	から	平成	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										朝日老人ホーム								
	無	所在地										高知市南北町1丁目								
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 職員など記載してください								
	(住民票住所と相違する場合記入してください)										提出代行者のみ必要 代表者の印を押印				電話番号					

申請者氏名又は 提出代行者名称	介護 太郎										印	本人との関係	長男
住所	〒	高知市本町5丁目1番45号 電話番号 000-0** - 0000											

主治医の氏名	山田 一郎										医療機関名	東西病院	
所在地	〒780-1234 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」記載をお願いする 主治医・医療機関名を記載してください		

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

医療保険者名	医療保険被保険者証									
特定疾病名	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。									

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、高知市から地域高齢者支援センター(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若しく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。

被保険者氏名

本人の記入が困難な場合
は代筆でも可です

(代筆者氏名)

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): 12:00 ~ 15:00 Tel ***-****	

希望があれば○
をしてください

受付	入力	チェック