

介護保険
要介護認定・要支援認定申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

基本的に窓口で相談の上で申請をお願いします。郵送で申請する際は必ず保健福祉課へ一度ご相談ください。

梶原町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号											
	医療 保険	保険者名	☐ 高知県後期高齢者医療広域連合 ☐ その他 ()										保険者番号											
		被保険者証	記号										番号						枝番					
	フリガナ												性別		男 ・ 女									
	氏 名												生年月日		大正・昭和				年 月 日					
	住 所		〒										電話番号											
	前 認 定 の 要 結 果 介 護 等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2										
		有効期間		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 令和 年 月 日																					
	過去6ヶ月間の 介護保険施設 ・医療機関等入院・入所の 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												
有 ・ 無		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	氏名又は 事業所名※	該当するものを○で囲んでください。										氏名又は事業所名※									
	申請者住所	〒										電話番号									

※家族以外の申請は下記の事業所のみに限りますのでご注意ください。
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・指定介護療養型施設・介護医療院

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

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を梶原町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。また、介護費用の適正化を図るために、医療情報と介護保険情報を相互提供し、突合することに同意します。

被保険者氏名

(代筆者名) (続柄)

訪問調査時の家族立会及び電話連絡について
※施設・病院におられる方は、感染症対策等によりご家族の調査立会が出来ない場合がございますのでご了承ください。

家族立会希望の有無	立会希望者											備 考
有 ・ 無	連絡可能時間帯	(:)										
	電話番号											

認定結果送付希望先について

ご希望の送付先を ○で囲んでください。	被保険者 ・ 提出代行者 ・ その他(下記に送付先をご記入ください。)																				
認定結果 送付先住所	〒										氏 名										

《 記入例 》

※ 必ず、赤字の部分全てを記入してください

※ 介護保険被保険者証(うぐいす色)と一緒に提出してください。

様式第6号(第7条関係)

介護保険

要介護認定・要支援

分かる方は記入してください。

橋原町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険被保険者番号	# # # # # # # # # #	個人番号																			
医療保険	保険者名	☐ 高知県後期高齢者医療広域連合 ☐ その他 ()											保険者番号								
	被保険者証	記号					番号					枝番									
フリガナ		ユスハラ タロウ											性 別		男 ・ 女						
氏 名		橋原 太郎											生年月日		大		昭		10 年 10 月 10 日		
住 所		〒785-0612 高知県高岡郡橋原町川西路2320番地1 電話番号 0889 - 65 - 1170																			
被 保 険 者	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 平成 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日																			
		※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 令和 年 月 日																			
		過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地					期間					年 月 日 ~ 年 月 日							
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地					〇〇病院					期間					〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日				
		医療機関等の名称等・所在地										期間					年 月 日 ~ 年 月 日				

お持ちの医療保険の被保険者証を見ながら記入してください。分からない場合は医療保険の被保険者証のコピーを添付してください。

過去6ヶ月の入院・入所があれば記入してください。

主治医の氏名(フルネーム) 病院名 ・ 住所を必ずお書きください。

上段、「被保険者」に記載されている方以外が申請する場合は、必ず代理人のお名前をお書きください。

立会・電話連絡を希望される方はご記入ください。
※施設・病院におられる方は、感染症対策等によりご家族の調査立会が出来ない場合がございますので

提出代行者	氏名又は事業所名※	該当するものを○で囲んでください。 家族(続柄: 妻/子の妻等)・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・指定介護療養型施設・介護医療院 〒785-0612 高知県高岡郡橋原町川西路2320番地1											氏名又は事業所名※ 橋原 花子 電話番号 0889-65-1170					
	申請者住所	〒785-0612 高知県高岡郡橋原町川西路2320番地1 電話番号 0889-65-1170																

※家族以外の申請は下記の事業所のみに限りますのでご注意ください。

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・指定介護療養型施設・介護医療院

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇					医療機関名	〇〇病院									
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 高知県高知市〇〇 電話番号 088-〇〇〇-〇〇〇															

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名																	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を橋原町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。また、介護費用の適正を図るために、医療情報と介護保険情報を相互提供し、突合することに同意します。

被保険者氏名 橋原 太郎

(代筆者名 橋原 花子) (続柄 妻 / 子の妻 等)

訪問調査時の家族立会及び電話連絡について

※施設・病院におられる方は、感染症対策等によりご家族の調査立会が出来ない場合がございますのでご了承ください。

家族立会・電話連絡希望の有無	立会希望者	橋原 花子											備考
有 ・ 無	連絡可能時間帯	(10:00~12:00、15:30~16:50)											
	電話番号	088-〇〇〇-〇〇〇											

認定結果送付希望先について

ご希望の送付先を○で囲んでください。	被保険者 ・ 提出代行者 ・ その他(下記に送付先をご記入ください。)																	
認定結果送付先住所	〒785-0612 高知県高岡郡橋原町川西路2320番地1											氏 名	西津野 村次郎					

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書
梶原町長 様
次のとおり申請します。

基本的に窓口で相談の上で申請をお願いします。郵送で申請する際は必ず保健福祉課へ一度ご相談ください。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号											
	医療 保険	保険者名	☐ 高知県後期高齢者医療広域連合 ☐ その他()										保険者番号											
		被保険者証	記号											番号										
	フリガナ												性 別		男 ・ 女									
	氏 名												生年月日		大 正 ・ 昭 和 年 月 日									
	住 所		〒										電 話 番 号											
	前回の要介護 認定の結果等 *要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2										有効期間		年 月 日 から 年 月 日									
	変更申請の理由																							
	過去6ヶ月間の 介護保険施設 ・医療機関等入院・入所の 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									
有 ・ 無		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	氏名又は 事業所名※	該当するものを○で囲んでください。 家族() 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 指定介護療養型施設・介護医療院	氏名又は事業所名※
	申請者住所	〒	電話番号

※家族以外の申請は下記の事業所のみに限りますのでご注意ください。

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・指定介護療養型施設・介護医療院

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所 在 地	〒										電 話 番 号											

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を梶原町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。また、介護費用の適正化を図るために、医療情報と介護保険情報を相互提供し、突合することに同意します。

被保険者氏名

(代筆者名) (続柄)

訪問調査時の家族立会及び電話連絡について

※施設・病院におられる方は、感染症対策等によりご家族の調査立会が出来ない場合がございますのでご了承ください。

家 族 立 会 希 望 の 有 無	立会希望者											立会希望者										
	連絡可能時間帯	(:)										連絡可能時間帯	(:)									
	電話番号											電話番号										

認定結果送付希望先について

ご希望の送付先を ○で囲んでください。	被保険者 ・ 提出代行者 ・ その他(下記に送付先をご記入ください。)																				
認定結果 送付先住所	〒										氏 名										

《 記入例 》

※ 必ず、赤字の部分全てを記入してください

※ 介護保険被保険者証(うぐいす色)と一緒に提出してください

分かる方は記入してください。

お持ちの医療保険の被保険者証を見ながら記入してください。
分からない場合は医療保険の被保険者のコピーを添付してください。

過去6ヶ月の入院・入所があれば記入してください。

主治医の氏名(フルネーム)・病院名・住所を必ずお書きください。

上段、「被保険者」に記載されている方以外が申請する場合は、必ず代理者のお名前をお書きください。

立会・電話連絡を希望される方はご記入ください。
※施設・病院におられる方は、感染症対策等によりご家族の調査立会が出来ない場合がございますのでご了承ください。

介護保険 要介護認定・要支援証

梶原町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月

被 保 険 者	介護保険被保険者番号		# # # # # # # # # #	個人番号																
	医療 保険	保険者名	☐ 高知県後期高齢者医療広域連合 ☐ その他()										保険者番号							
		被保険者証	記号											番号			枝番			
	フリガナ		ユスハラ タロウ										性 別	男		・	女			
	氏 名		梶原 太郎										生年月日	大・昭		10 年 10 月 10 日				
	住 所		〒785-0612 高知県高岡郡梶原町川西路2320番地1										電話番号	0889-65-1170						
	前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2							
	有効期間		平成 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日																	
	変更申請の理由		例: 自宅で転倒後、以前より介護が多くなったため 等																	
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地										期間	年 月 日 ~ 年 月 日						

提出 代 行 者	氏名又は事業所名※	該当するものを○で囲んでください。 家族(妻/子の妻等) 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 指定介護療養型施設・介護医療院		氏名又は事業所名※	梶原 花子	
	申請者住所	〒785-0612 高知県高岡郡梶原町川西路2320番地1		電話番号	0889-65-1170	

※家族以外の申請は下記の事業所のみに限りますのでご注意ください。

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・指定介護療養型施設・介護医療院

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇		医療機関名	〇〇病院	
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 高知県高知市〇〇		電話番号	088-〇〇〇-〇〇〇	

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を梶原町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若しくは介護保険施設の関係者、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。また、介護費用の適正化を図るために、医療情報と介護保険情報を相互提供し、突合することになります。

被保険者氏名 梶原 太郎

(代筆者名 梶原 花子) (続柄 妻 / 子の妻 等)

※施設・病院におられる方は、感染症対策等によりご家族の調査立会が出来ない場合がございますのでご了承ください。

家族立会希望の有無	立会希望者	梶原 花子	立会希望者	西津野 村次郎
有 無	連絡可能時間帯	(10:00~12:00、15:30~16:50)	連絡可能時間帯	9:00~10:00、13:30~15:00
	電話番号	088-〇〇〇-〇〇〇	電話番号	088-〇〇〇-〇〇〇

認定結果送付希望先について

ご希望の送付先を○で囲んでください。	被保険者・提出代行者・ <u>その他</u> (下記に送付先をご記入ください。)		
認定結果送付先住所	〒785-0612 高知県高岡郡梶原町川西路2320番地1	氏 名	西津野 村次郎