

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	<input type="checkbox"/> 高知県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 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	家族(続柄:)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				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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、梶原町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者が取得した心身の状況等の情報を、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、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。

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、赤字の部分全て記入してください
- ※ 介護保険被保険者証(緑色)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・要支援認定申請書 要介護更新認定・要支援更新認定		個人番号(マイナンバー) 分かる方は記入してください。		
介護保険被保険者番号		0 0 0 0 0 # # # # #		申請年月日 令和 年 月 日		
被 保 険 者	医療保険	<input type="checkbox"/> 高知県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 ()		被保険者番号		
	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	〒785-0000 高知県高岡郡梶原町0000番地0		電話番号 0889 - 00 - 00		
	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	
	※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	有料老人ホーム00	期間	0年 0月 0日 ~ 0年 0月 0日	
		医療機関等の名称等・所在地	00病院	期間	0年 0月 0日 ~ 0年 0月 0日	
医療機関等の名称等・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
有 ・ 無						
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。 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄: 妻/子の妻等) ・ 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 ・ 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 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	〒000-0000 00県00市000000番地		電話番号 000-000-0000		
※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。該当しない施設は提出代行者となれませんので、提出代行者の欄は空欄でご提出ください。						
主治医	主治医の氏名	00 00	医療機関名	00病院		
	所在地	〒000-0000 高知県00市00000番地	電話番号	000-000-000		
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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、梶原町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、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、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。						
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)						
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	梶原 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	000-000-000				
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	〒000-0000 00県00市000000番地	氏名	西津野 村次郎			

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。

新規申請の方(はじめて申請される方)は記入不要です。

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、必ず代筆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	<input type="checkbox"/> 高知県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 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				
	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				
	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	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		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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、梶原町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、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、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。

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

個人番号(マイナンバー) 分かる方は記入してください。

基本的に窓口で相談の...を願います。郵送で申請する際は必ず...一度ご相談ください。

介護保険被保険者証(緑色)の番号を記入してください。

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、必ず代筆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。

介護保険被保険者番号		個人番号		
医療保険	保険者名 <input type="checkbox"/> 高知県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他() 被保険者証 記号 番号 枝番	申請年 日 令和 年 月 日		
被 保 険 者	フリガナ	ユスハラ タロウ	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	氏名	梶原 太郎	生年月日 大正・昭和 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 - 〇〇 - 〇〇〇〇		
	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 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 要支援状態区分 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>	有効期間 年 月 日 から 年 月 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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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	〇〇病院	期間 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日	

提出代行者	氏名又は事業所名※ 該当するものを〇で囲んでください。 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(妻/子の妻等) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター・居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 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	〒785-0612 高知県高岡郡梶原町川西路2320番地1 電話番号 0889 - 〇〇 - 〇〇〇〇

※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

該当しない施設は提出代行者となれませんので、提出代行者の欄は空欄でご提出ください。

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	〒785-〇〇〇〇 高知県高知市〇〇〇番地〇 電話番号 088 - 〇〇〇 - 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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、梶原町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、梶原町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、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者に提示する(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。

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)

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
<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	梶原 花子	
	連絡可能時間帯 10:00~12:00、15:30~16:50	連絡可能時間帯 ()
	電話番号 090-〇〇〇-〇〇〇	電話番号

認定結果送付希望先について

ご希望の送付先を〇で囲んでください。	被保険者・提出代行者・ <input checked="" type="radio"/> 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	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇番地
氏名	西津野 村次郎