

生活保護 要介護・要支援審査判定（新規・更新・区分変更）申請書

（宛先） 高槻市福祉事務所長

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名	
-------	--

申請 代 行 者 情 報	(事業所申請の場合) 事業所名称	※ 申請者が本人の場合記入不要です										
	事業所番号											
	提出代行者 住 所	〒										
		※ 申請者が本人の場合記入不要です										
		電話番号 () -										

被 保 護 者 情 報	被介護者保険番号	H	2	4	1									※ 新規の方の被保険者番号は福祉事務所で記入します。			
	フリガナ											生年月日	昭 和	年 月 日 () 歳	性別	男・女	
	被介護者氏名																
	現 住 所	〒										電話番号 () -					
	住民票上の住所																
	前回の要介護 認定等の結果	要 介 護 5 4 3 2 1 要 支 援 2 1 非 該 当 有効期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで															
介護保険施設 入所の有無 (短期入所除く)	有・無		入所施設名				所在地										

主 治 医	医療機関名											所属	科	主治医 氏 名	
	所 在 地	〒										電話番号 () -			

特定疾病名 (必須記入)	
-----------------	--

認 定 調 査 に つ い て	日程調整 連絡先	本人 本人以外 (氏名 本人との関係)
		昼間連絡先
	調査場所	自宅 施設 病院 その他 ()
		施設等の名称又は住所
	ケアマネージャー 立ち合い	無 有 (氏名)
	親族立ち合い	無 有 (氏名 本人との関係)
連絡事項		

介護(予防)サービス計画を作成するために、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判定結果・意見、及び主治医意見書を、高槻市から、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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を作成した医師、又は認定調査に従事した調査員に、必要なときは提示することに同意します。

本人署名
