

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



岸和田市長 様
次のとおり申請します。

(40~64 歳で新規申請の方は、被保険者証の交付申請
があったものとみなします。)

新規・更新

介護保険 被保険者番号		〇〇〇					申請年月日	令和 年 月 日		
個人番号							生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日		
フリガナ								性別	男 ・ 女	
氏名							電話番号 ()			
住所							電話番号 ()			
医療 保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 大阪府後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 岸和田市(国保)				保険者 番号				
	被保険者証	記号			番号			枝番		
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			
	※14日 以内に 他自治体 から転入 した者 のみ記入	有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日								
		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 年 月 日								
過去6箇月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 所の有無 (有・無)		入所・入院施設の名称・所在地				期 間	年 月 日 ~			
		入所・入院施設の名称・所在地					年 月 日 ~			

被保険者
証を必ず
ご持参
ください。

提出 代行者	氏名 又は 名称	該当を○で囲んでください。 地域包括支援センター・指定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・介護医療院 指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設 その他()			
	住所 又は 所在地	電話番号 ()			

主治医	氏名	医療機関名		電話番号 ()	
	所在地	電話番号 ()			

※1ヶ月以内に主治医の診察を受けましたか はい いいえ
(「いいえ」の場合の、次回の受診予定日: 年 月 日)

※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					
-------	--	--	--	--	--

健康保険
証を必ず
ご持参
ください。

* 次に掲げる事項について同意します。

- (1) 介護サービス計画の作成その他の介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定又は要支援認定に係る調査内容並びに介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書、岸和田市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岸和田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、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に提示すること。
- (2) 主治医意見書を記載した医師から請求があったときは、要介護認定結果又は要支援認定結果を岸和田市から当該請求をした医師に提示すること。

被保険者氏名 印

市記載欄 (自署の場合、押印省略可)

備 考	処 理 欄				
	被保険者証	暫定利用	資格者証	審査会	調査員
	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			