

受付年月日

介護保険の被保険者でない要保護者に係る 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

岸和田市福祉事務所長 様

介護扶助の実施のために要介護状態等の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

新規・更新

被保険者番号 (新規申請の場合は 当市で記入します)	H 1 6 1	申請年月日	令和 年 月 日
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
氏名		性別	男・女
住所	電話番号		
前回の要介護 認定の結果等 (更新申請の場合 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：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
過去6箇月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無 (有・無)	入所・入院施設の名称・所在地	期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	入所・入院施設の名称・所在地		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

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・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 指定介護医療院 その他()
	住所 又は 所在地	電話番号

主治医	氏名	医療機関名
	所在地	電話番号

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を作成する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、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、介護保健施設の関係者に提示すること及び、主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護認定・要支援認定について提示することに同意します。

要保護者氏名 _____

市記載欄

備 考	担当ケアワーカー	申請受付者
<input type="checkbox"/> 調査日時の希望 (有・無) <input type="checkbox"/> 調査日時の連絡先 (自宅・家族・ケアマネ) (Tel 氏名 続柄) <input type="checkbox"/> 調査時の立会希望 (有・無) () <input type="checkbox"/> 自立支援介護給付受給 (有・無)		