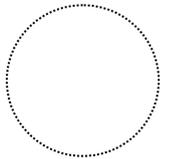


介護保険

〔 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



羽曳野市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	年			月			日			
	氏名											性別	男・女			年齢	歳					
	住所	〒 -										電話番号 - -										
	前回の認定結果	要介護区分 1 2 3 4 5					期間: 年 月 日					要支援区分 1 2					~ 年 月 日					
	医療 保 険	保険者名											保険者番号									
	被保険者 記号・番号	記号									番号					枝番						

提 出 代 行 者	名称	該当に○ (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・介護医療院)									
	所在地	〒 - 【代行ケアマネジャー:】 電話番号 - -									

医療機関名は正確にご記入ください。

主 治 医	医療 機 関 名											主治医氏名										
	所在地	〒 -										電話番号 - -										

2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) のみご記入ください。

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、羽曳野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、羽曳野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、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。また、申請から30日を超えても、現在の有効期間内に認定される場合は、処分延期通知の省略に同意します。

本人氏名										
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※裏面もご記入ください。

※市記入欄 受付担当者 ( )	被保険者証 <input type="checkbox"/>	資格者証 <input type="checkbox"/>	収納 (新規の場合) <input type="checkbox"/>	医療情報または写し <input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

