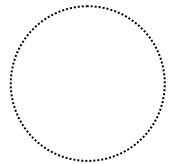


介護保険

〔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 - -																
医 療 保 険	保険者名									保険者番号								
	被保険者証	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	〒 - 【担当ケアマネージャー：】 電話番号 - -											

意見書の記載をお願いする主治医についてご記入ください。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。

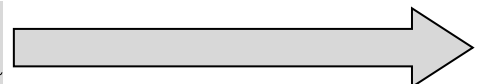
特定疾病名												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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・意見及び主治医意見書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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

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												
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※訪問調査について、裏面もご記入ください。



高年介護課記入欄 受付担当者（ ）必ず記入	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"/>
--------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------------------------


認定（訪問）調査について

- ・訪問調査を円滑に行うために必要となりますので、ご記入ください。
- ・必要事項の記入及び該当する□に チェックをお願いいたします。

被保険者番号	
氏名	

1. 訪問調査はどちらにお伺いすればよろしいですか。

住民票住所（申請書に同じ）

それ以外 

調査先	〒 — 電話番号 — —
	◆病院・施設名 { ◆病棟・階・部屋番号等 {
	入院・入所期間等 年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 退院未定 ◆入院中に手術（予定）あり→【手術（予定）日： 年 月 日】

2. 調査当日に、同席される方はいらっしゃいますか。

有 

無（本人のみ）

フリガナ		本人との関係	
氏名			
連絡先	①	②	

3. 調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

本人

同席者に同じ

その他 

フリガナ		本人との関係	
氏名			
連絡先	①	②	

4. その他認定調査に関して、調査時に注意すべきこと等ありましたら、ご記入下さい。

例：「手話通訳を希望します」、「毎週月・火はデイサービス利用」等