

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〕

羽曳野市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	
被保険者の氏名、住所、電話番号等を記入してください。		生年月日	S ΔΔ 年 月 日
羽曳野 花子		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女 年齢 〇〇歳
住所	〒 583 - 8585 誉田 4 - 1 - 1 電話番号 〇〇〇 - x x x - x x 〇〇		

提出代行者	名称	該当に〇 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定型医療施設)
	所在地	〒 - 【担当ケアマネージャー: 】 電話番号 - -

★定期的に受診している主治医を記入してください。

主治医	医療機関名	Δ〇病院	主治医氏名	〇〇 □□
	所在地	〒 〇x〇 - ΔΔΔΔ 〇〇市 x x x 町 1 - 2 - 3 電話番号 x x x - 〇〇〇〇 - ΔΔΔΔ		

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

医療保険者名	
保険者番号	
特定疾病名	

40~64歳の方のみ記入してください。

★医療保険証の添付が必要です。

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サービス事業者へ提出し、当該事業者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日以内の申請書提出の遅延は認定調査に從事した調査員に提示することに同意します。

本人が署名できない場合は代筆による記名をしてください。

本人氏名	羽曳野 花子
------	--------

※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	被保険者証 <input type="checkbox"/>	収納 (新規の場合) <input type="checkbox"/>
受付担当者 ( ) 必ず記入	資格者証 <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口に  チェックをお願いいたします。

## 被保者 記入例 ②

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（申請書と同じ）

それ以外

調査先	〒〇×〇-△△△△ 〇〇市×××町1-	★調査を <u>自宅以外（病院、施設、家族宅等）</u> で行う場合は、記入してください。 ※退院後、自宅以外に戻られる場合は下記の「4. 調査時の注意点」に住所等ご記入をお願いします。
	◆病院・施設名 { △〇病院 ◆病棟・階・部屋番号等 { 西病棟 2階 201号室	
	入院・入所期間等 令和〇年〇月〇×日 ~ 令和〇年××月●●日・退院未定 ※入院中に手術（予定）あり→【手術（予定）日： 年 月 日】	

入院（入所）中の方は、期間等も記入

★対象者の日頃の様子をよく知っている方の同席をお願いします。

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	ハヅノ タロウ	本人との関係	夫
氏名	羽曳野 太郎		
連絡先	①〇〇〇-××××-△△△△ ②〇〇〇-△××-〇△□×		

3. 調査の日程調整は、

①に連絡のつきやすい番号を記入してください。  
 （※基本的に、平日の昼間にご連絡します）

本人  
 同席者と同じ  
 その他

フリガナ	ハヅノ ジロウ	本人との関係	長男
氏名	羽曳野 次郎		
連絡先	①〇〇〇-△××△-〇△□× ②〇〇〇-△××-〇〇〇〇		

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

【例】1か月ほど入院予定。退院後は、息子宅へ戻る予定。  
 住所：羽曳野市〇〇1-2-3（羽曳野 次郎宅）  
 連絡先：〇〇〇-△××△-〇△□×

その他、認定調査の日程調整等に必要ながあれば記入してください。

※基本的に調査員がお伺いできるのは、平日の午前9時から午後3時までになりますのでご了承下さい。