

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

【記入例】

新規 更新 変更 (該当するものにシ点を付けてください。)

藤井寺市長 様
次のおり申請します。

該当する申請区分に「✓」を記入してください。

月 日

被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
医療保険	保険者名	大阪府 後期高齢者医療広域連合										保険者番号											
	被保険者証	記号								番号					枝番								
	フリガナ	フジイデラ タロウ										性別											
加入している医療保険(健康保険・後期高齢者医療)の「保険者名と保険者番号」「被保険者証記号・番号・枝番」を記入してください。																							
保険者	住所	〒 583 - 0024 藤井寺市岡 ● - ● -										現在、有効な認定をお持ちの場合は記入してください。											
	同居の家族等	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 子供の弟や姉妹 <input type="checkbox"/> その他()																					
前回の要介護認定の結果等	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 から											令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日まで										
主治医意見書の記載をお願いする病院名・主治医氏名(フルネーム)をご記入ください。																							

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

意見書関係	主治	医療機関名	いのまなり総合病院					主治医氏名	道明 次郎													
	2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方は国の定める「特定疾病」のうち該当している疾病名を必ずご記入ください。																					
	第二号被保険者(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。※必ず医療保険者証をご提示ください。																					
特定疾病名																						

提出者	フリガナ	フジイデラ ハナコ										被保険者との関係										
	提出代行物名 称 又は	藤井寺 花子										(家族)・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 介護保険施設(特養・老健・介護医療院)・その他()										
	住所又は所在地	〒 583 - 0024 藤井寺市藤井寺 ○ - ○ -										ご家族の方が申請の提出をされる場合もご記入をお願いします。 電話番号 072 - 9●● - ●●●●										

申請理由	※新規・区分変更申請の際は、申請が必要な理由の記載をお願いします。 例)・体調不良により状態の悪化が見られ、介護量の増加がみられたため。 ・自宅での入浴が困難になり、デイサービスを利用したい。																					
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等、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、主治医意見書、藤井寺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、藤井寺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掲示する(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。

本人署名又は押印 **藤井寺 太郎**

個人情報情報の取扱いについての説明が書かれています。
記載内容を確認していただき、ご本人の署名、またはご本人による署名が難しい場合は、押印をお願いいたします。

