

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

新規 更新 変更

川西市長 へ

次のとおり申請します。

【裏面にも記入ください】

被 保 者	被保険者番号											申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名											性別	男	・	女	
	住所	〒														
		電話番号														
	現在の要介護状態区分等	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5														
	変更申請の理由	(新規申請及び更新申請の場合は記載不要)														
	訪問調査先 (上記住所と異なる場合は記入)	入院入所施設名														
	月 日退院予定(病院入院中の場合)															
	〒															
	電話番号															
ケアプラン作成事業者名	介護支援専門員氏名					事業者名										

提 出 者	氏名又は名称						印	本人との関係	
	住所	〒					電話番号		

主 治 医 (有・無)	主治医の氏名						医療機関名	
	所在地	〒					電話番号	

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名						医療保険被保険者証記号番号			
医療保険者番号						医療保険加入日	年	月	日
特定疾病名						扶養区分	本人・扶養		

(注)裏面の一覧表を参照のうえご記入ください。

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、または本市保健福祉サービス受給の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又は介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員または本市保健福祉サービス実施課に提示することに同意します。

本人氏名 _____

受付	被保証回収	保険料確認	資格者証発行	資格者証送付	申請入力

(1) 1. 2. のいずれかに○をご記入ください。

1. 訪問調査に立ち会います

氏名	
続柄	配偶者・子・子の配偶者・孫・その他（ ）
連絡先	自宅・勤務先（ ）・その他（ ）
電話	（ ）

2. 訪問調査の立ち会いをいたしません

(2) 訪問調査の日時の連絡調整（電話）を行うにあたり、9時～17時（土・日祝祭日を除く）の連絡先に○をご記入ください。

1. 訪問調査に立ち会う方

2. 申請書提出者

3. 被保険者の自宅

4. その他 氏名 _____ 電話番号 _____ () _____

(3) 最近、主治医に受診したのはいつごろですか？

平成 年 月 日ごろ

(4) 次回、主治医に受診するのはいつごろですか？

平成 年 月 日ごろ受診予定

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）で
介護保険の対象となる特定疾病一覧表

① がんの末期	⑨ 脊柱管狭窄症
② 関節リウマチ	⑩ 早老症
③ 筋萎縮性側索硬化症	⑪ 多系統萎縮症
④ 後縦靭帯骨化症	⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症	⑬ 脳血管疾患
⑥ 初老期における認知症	⑭ 閉塞性動脈硬化症
⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病	⑮ 慢性閉塞性肺疾患
⑧ 脊髄小脳変性症	⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

上記の疾病に該当しない場合は、介護保険制度の対象とはなりません。