

記入例

申請区分に○をつけてください。

※申請時に入院中の場合

病院名・病棟・部屋番号・退院予定日等を記入してください。

※住民票の住所以外の場所にお住まいの場合

現在お住まいの住所を記入してください。

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

新規 更新 変更

川西市長あて
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	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	申請年月日	平成〇〇年〇月△日
	フリガナ	カワニシ タロウ	生年月日	明・大昭 〇〇年△△月〇〇日
	氏名	川西 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	住所	〒666-0000 川西市〇〇〇町△-△-△ 電話番号 072 (〇〇〇) △△△△		
	現在の要介護状態区分等	要支援1・要支援2・ <input checked="" type="radio"/> 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	入院入所施設名 〇〇病院 △△棟 □□号室 ※※月※※日退院予定(病院入院中の場合)		
	(上記住所と異なる場合は記入)	〒 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	
		介 護 太 郎	川西市居宅介護支援事業所	

提 出 者	氏名又は名称	川 西 花 子 印 (事業者の方のみ押印が必要です)	本人との関係	長男の妻
	住所	〒666-0000 川西市〇〇〇町△-△-△ 電話番号 072 (〇〇〇) △△△△		

主 治 医 (有・無)	主治医の氏名	介 護 花 子	医療機関名	〇 〇 病 院
	所在地	〒666-0000 川西市□□□町△-△-△ 電話番号 072 (〇〇〇) △△△△		

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

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 川 西 太 郎

主治医(かかりつけの医師)について

※主治医意見書の作成について、主治医と事前に確認・了承を得た上、主治医の氏名(フルネーム)をご本人・ご家族様で記入してください。

※主治医意見書の作成依頼、回収は市が行います。

裏面もあります

訪問調査の立ち会いについて
 ※立ち会いをされる方は、記入してください。
 ※立ち会いをされない方は、
 「2. 訪問調査の立ち会いをいたしません」
 に○をつけてください。

(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	川 西 一 郎
続柄	配偶者・ <input checked="" type="radio"/> 子・子の配偶者・孫・その他()
連絡先	<input checked="" type="radio"/> 自宅・勤務先()・その他()
電話	0 7 2 (□ □ □) 〇 〇 〇 〇

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 〇〇 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 〇〇 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。

訪問調査の日程調整の連絡先について
 ※ 平日の9時～17時頃に連絡予定ですので、
 1～4の連絡可能な連絡先に○をつけてください。
 ※ 立ち合いの有無にかかわらず、記入してください。