

記入例

番号通知(個人番号カード)を確認のうえ、個人番号を記入してください。申請の際には個人番号の記入が必要となります。

介護保険被保険者番号を記入してください。

個人番号

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

介護保険被保険者番号

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

帳票ID

| | | |
|---|---|---|
| 0 | 2 | 1 |
|---|---|---|

申請区分に○をつけてください。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新・変更・転入)

(申請先) 川西市長
次のとおり申請します。

申請年月日(和暦) ○○年 □月 △日

※市役所で受付した日が申請日となります。

| | | | | |
|-------|-------------------------------------|---|--------|----------|
| 提出者氏名 | 川西 一郎 | 印 | 本人との関係 | 介護支援専門員名 |
| | (事業者の方は押印が必要です) | | 子 | |
| 提出者住所 | 〒666-0000 川西市 ○○○町△-△ ☎072(○○○)△△△△ | | | |

※区分変更申請をされる場合のみ記入が必要です。

| | | |
|----------------|------------------------------------|-----------------------|
| 在(前回)の要介護認定結果等 | 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 | 区分変更理由、留意事項など記入してください |
|----------------|------------------------------------|-----------------------|

| | | |
|------------------|----------|---------|
| 変更申請の理由(変更時のみ記入) | 心身の機能の悪化 | 心身機能の改善 |
|------------------|----------|---------|

区分変更の理由や調査時の留意事項などを記入してください。

| | | | | |
|------|----------|--------------|-------------------------|-----------------|
| フリガナ | カワニシ タロウ | 性別 | 元号 | 生年月日 |
| 本人氏名 | 川西 太郎 | 1 1男 2 2女 | 3 1明治 2 2大正 3 3昭和 | 1 2 年 1 月 2 日 歳 |

| | | | | |
|---------------|-------------------------------------|--|--|--|
| 住所 | 〒666-0000 川西市 ○○○町△-△ ☎072(○○○)△△△△ | | | |
| 住民票登録をしているところ | 川西市 ○○○町△-△ | | | |

| | | |
|-------|--|---------------|
| 訪問調査先 | 住所、病院・施設等 | ☎072(□□□)△△△△ |
| | 〒666-0000 川西市□□□町△-△ ○○ 病院 △△ 棟 □□ 号室 | 退院予定日※※月※※日 |

訪問調査の立会いについて

※立会いをされる方は、「有」に○をつけ、立会人氏名、続柄、連絡可能な方の電話番号(携帯可)を記入してください。また、どなたに連絡すればよいかを☑してください。
※立会いをされない方は、「無」に○をつけてください。

| | | | |
|-----|-------------|----|--|
| 立会人 | 立会人氏名(フリガナ) | 続柄 | 平日の9時~17時(土・日祝日を除く)に連絡可能な方の番号(携帯可)を記入してください。 |
| 有 | カワニシ イチロウ | 子 | ☎072-(○○○)△△△ ☑立会人 ☐本人の自宅 ☐連絡先 |
| 無 | 川西 一郎 | | |

※医師名はフルネームで記入してください

| | | | |
|-------|----------------------|---------------|------------------|
| 医療機関名 | ○○ 病院 | 医師名 | 介護 花子 |
| 所在地 | 〒666-0000 川西市□□□町△-△ | ☎072(□□□)△△△△ | 最終受診日又は予定日※※月※※日 |

主治医について

※主治医意見書の作成について事前に主治医に確認していただき了承を得たうえ、主治医の氏名(フルネーム)をご本人・ご家族で記入してください。

被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ①②③を記入してください。(申請時に医療保険証のコピーを添付してください。)

| | |
|--------|----------------|
| 医療保険者名 | ②医療保険被保険者証記号番号 |
| 特定疾病名 | |

※2号被保険者(40歳から64歳)の方は、裏面の該当する疾病に☑をしてください。

※下記の情報提供について、同意が得られる場合には署名をお願いします。

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、または本市保健福祉サービス受給のために必要がある時は、要支援認定・要介護認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書を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また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。

| | | | | |
|----|-----|-----|------|----|
| 受付 | 被保証 | 保険料 | 資格者証 | 入力 |
| | | | | |

☐ 2号被保険者 健康保険証

| | |
|------|------|
| 番号確認 | 身元確認 |
| | |

*

| | |
|------|-------|
| 本人氏名 | 川西 太郎 |
|------|-------|