

個人番号入力欄

介護保険被保険者番号入力欄

021

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、住所、印、本人との関係、介護支援専門員名

※家族・代理人が申請する場合も、この欄に記載してください。

現在(前回)の要介護認定結果等、変更申請の理由、フリガナ、本人氏名、住所、訪問調査先、立会人・連絡先等

※医師名はフルネームで記入してください

主治医、医療機関名、所在地、医師名、最終受診日又は予定日

2号被保険者(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。)

①医療保険者名、②医療保険被保険者証記号番号、③特定疾病名

※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

本人氏名

0	0	0	0						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

022

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

介護保険の対象となる特定疾病一覧表

※該当するものに☑を入れてください

- がんで（医師が一般に認められる医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったものに限る。）
- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗鬆症
- 初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症[※]）
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症（ウエルナー症候群等）
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎等）
- 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

・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。

・医療保険者証のコピーを添付してください。