

介護保険 要介護・要支援認定申請書

新規 更新 変更 介護(支援からの変更)

伊丹市長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	申請年月日	平成 年 月 日	被保険者番号	0 0 0 0								
	フリガナ		性別・年齢	男・女 (歳)								
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日								
	住所 (自宅)	〒664 - 伊丹市		電話番号	072							
	主治医	医療機関名		主治医名								
		所在地	〒 -		電話番号							
		通院中	最終受診日：平成 年 月 日 (おおよその月だけでも可)									
		入院中	入院日：平成 年 月 日 (退院予定： 月 日頃)									
	調査員への 連絡事項	調査場所	自宅 上記以外の住所 () 病院									
		お住まい	独居 高齢世帯 家族と同居 施設に入居 その他 ()									
家族の立合		希望する (続柄：) 希望しない										
その他												
平日の昼間の連絡先		氏名		(続柄：)								
該 当 者 の み	入所中の 施設	施設名							入所日	平成 年 月 日		
		所在地	〒 -									
	前回 認定結果	要支援 1 2 経過的要介護 要介護 1 2 3 4 5 有効期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日										
変更申請理由	状態の変化 その他 ()											
提 出 代 行 者	事業所名・事業所印(個人の場合は氏名・印)	該当に (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設) 印 (続柄：)										
	所在地 (住所)	〒 -		電話番号								

40歳の方は、必ず裏面もご記入ください。

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するため、あるいは地域支援事業における介護予防事業を行うのに必要があるときは、調査票、主治医意見書及び認定結果通知書を伊丹市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 _____ 印

受付者氏名 (事業所の場合は担当者名) _____

2号被保険者(40歳～64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

医療保険情報

※医療保険証のコピーを添付してください。

医療保険者	名称:	番号:
医療保険被保険者証	記号:	番号:
<p>特定疾病名 (該当するものに☑を入れてください。)</p>	<p>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 多系統萎縮症 初老期における認知症 脊髄小脳変性症 脊柱管狭窄症 早老症 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 脳血管疾患 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関連疾患 閉塞性動脈硬化症 関節リウマチ 慢性閉塞性肺疾患 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 がん(医師が一般に認められてい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と判断したものに限る。)</p>	