

# 介護保険 要介護・要支援認定申請書

☐新規
 ☐更新
 ☐変更
 ☐要支援者の新規要介護申請
 ☐転入継続
 (□事業対象者)

伊丹市長 様

次のとおり申請します。

個人番号記載欄は裏面にあります

|                            |                                                                 |                                                                                                              |                                                                                                                         |                |       |                     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|---------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>者                | 申請年月日                                                           | 年 月 日                                                                                                        |                                                                                                                         | 介護保険<br>被保険者番号 | 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<br>年 月 日   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 住 所                                                             | 〒 —                                                                                                          |                                                                                                                         |                | 電話番号  | - -                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 医療保険                                                            | 保険者名                                                                                                         |                                                                                                                         |                |       | 保険者番号               |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                                                 | 被保険者証                                                                                                        | 記号                                                                                                                      |                | 番号    |                     | 枝番  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 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： 年 月 日 (おおよその月だけでも可)                                                                                              |                |       |                     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                                                 | □入院中                                                                                                         | 入 院 日： 年 月 日 (退院予定： 月 日頃)                                                                                               |                |       |                     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 調査員<br>への<br>連絡事項                                               | 調査場所                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 (病院名： 病棟： 階 号室)<br><input type="checkbox"/> 上記以外の住所 (住所： 施設名： ) |                |       |                     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                                                 | 家族の立合                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 希望する (続柄： ) <input type="checkbox"/> 希望しない                                                     |                |       |                     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                                                 | その他                                                                                                          |                                                                                                                         |                |       |                     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                                                 | 調査日程の<br>連絡先<br>【平日昼間】                                                                                       | 電話番号                                                                                                                    | —              |       |                     | —   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 前回認定結果                                                          | 要介護・要支援更新認定<br>の場合のみ記入                                                                                       | 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5                                                                                                   |                |       | 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14日以内に他市町村から<br>転入した場合のみ記入 |                                                                 | 転出元市町村名 ( )<br>現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択。) はい・いいえ<br>※「はい」の場合、その申請日： 年 月 日 |                                                                                                                         |                |       |                     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更申請理由                     | <input type="checkbox"/> 状態の変化 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                              |                                                                                                                         |                |       |                     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 提出代行者                      | 氏 名<br>事業所名                                                     | 該当に○ ( 個人・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・介護医療院 )<br>(続柄： )                                           |                                                                                                                         |                |       |                     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 所在地<br>(住 所)                                                    | 〒 —                                                                                                          |                                                                                                                         |                | 電話番号  | - -                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

40〜64歳の方は、必ず裏面もご記入ください。

※ 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、あるい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、伊丹市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス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、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 (手書き) \_\_\_\_\_

受付者氏名 (事業所の場合は担当者名) \_\_\_\_\_

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

◎第 2 号被保険者(40 歳～64 歳の医療保険加入者)のみ次の欄に記入してください。

|                              |                                                                                                                                           |                                     |                                    |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| 特定疾病名<br>(該当するものに☑を入れてください。) | <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 後縦靱帯骨化症    | <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 |
|                              | <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 | <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症   |
|                              | <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 早老症        | <input type="checkbox"/> 関節リウマチ    |
|                              | <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症                                                                                         |                                     |                                    |
|                              | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患   | <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症  |
|                              | <input type="checkbox"/> 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                                                                                 |                                     |                                    |
|                              | <input type="checkbox"/> 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                                                                                       |                                     |                                    |
|                              | <input type="checkbox"/> 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。)                                                             |                                     |                                    |
|                              | <b>「特定疾病」は、加齢に伴って生じた場合に限定されます。(外傷性的原因による場合は対象となりません)</b>                                                                                  |                                     |                                    |
|                              | <b>介護保険制度による要介護もしくは要支援の定義は下記のとおりです。</b>                                                                                                   |                                     |                                    |
|                              | <b>※介護保険法第7条第3項第2号より「要介護状態にある40歳以上65歳未満の者であつて、その要介護状態の原因である身体上又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であつて政令で定めるもの(以下「特定疾病」という。)によって生じたものであるもの」</b> |                                     |                                    |
|                              | <b>介護保険法第7条第4項第2号より「要支援状態にある40歳以上65歳未満の者であつて、その要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が特定疾病によって生じたものであるもの」</b>                                             |                                     |                                    |

◎代理人・代行による申請の場合は、次の欄に記入してください。

私は、介護保険要介護要支援認定申請に関する権限を下記の者に委任します。

|      |       |
|------|-------|
| 被保険者 | 受任者   |
| 住所 〒 | 住 所 〒 |
| 氏名   | 事業所名  |
|      | 電話番号  |
|      | 氏 名   |

<<市記載欄>>

|     |                 |      |
|-----|-----------------|------|
|     |                 | 確認者印 |
| 本人  | 個人番号カード・顔写真付証明書 |      |
| 代理人 | 公的機関発行 2 点 ( )  |      |