

# 介護扶助 要介護・要支援認定申請書

(  新規     更新     変更 )

伊丹市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請者	申請年月日	年 月 日		
	申請者氏名		続柄	本人・家族・その他 (      )
	住所	〒      -	電話番号	-      -

被保護者	被保険者番号		H	2	4	1						
	フリガナ						生 年 月 日	年 月 日				
	被保護者氏名						性 別	男 ・ 女				
	住 所		〒664-				電話番号	-      -				
	現在の要介護状態区分等		要介護状態区分		要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5					
			有効期間		年 月 日 から		年 月 日					
	介護保険施設入所の有無 (短期入所除く)		無 ・ 有 (入所日:      年 月 日) ※入所の方のみ下欄に記入									
			入所施設名									
			所在地									
	主治医 指定医		医療機関名				主治医・指定医氏名					
所在地			〒      -		電話番号		-      -					
特定疾病名 (該当に○)		<input type="checkbox"/> 筋委縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <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 (アルツハイマー病、脳血管性認知症等) <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 (ウェルナー症候群) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <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"/> パーキンソン病関連疾患 <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"/> 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"/> 末期がん										

※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、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、居宅介護事業者も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認定調査員に提示することに同意します。

被保護者氏名

---