

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

吹田市長 宛

次のとおり申請します。

(※事業所記入欄)

申請区分 番号		1：新規 2：更新 3：区分変更 4：転入	委託番号		1：可 2：不可
------------	--	--------------------------------	------	--	-------------

被 保 険 者 (本 人)	申請年月日					
	被保険者番号			個人番号		
	氏 名			フリガナ		
	生 年 月 日 (和暦)			年 齢		性 別
	住 所					
	電 話	自 宅			携 帯	
	前回の認定状況 ※新規の方は不要 区分変更理由 ※区分変更のみ	要支援（１・２） 要介護（１・２・３・４・５）		有効期間	令和 年 月 日	令和 年 月 日
区分変更理由 ※区分変更のみ	☐ 状態の悪化 ☐ 状態の改善		具体的に			

申 請 者 (提 出 代 行 者)	事業者番号					
	氏 名 または 事業者名等					
	本人との関係	続柄番号	1：本人 5：家族（続柄： ） 2：地域包括支援センター 6：その他（ ） 3：居宅介護支援事業者 4：介護保険施設			
	住所 (本人申請の場合 記入不要)	郵便番号	都道府県名		市区町村名	
		市区町村名以降の住所		電話番号		

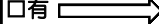
※ 機械で読み取りますので、楷書体で、ていねいに御記入ください。

◆ 主治医意見書の依頼先（わかる範囲で御記入ください。）

主治医	医療機関名		主治医氏名	
	所在地		電話	

◆ 訪問調査について

認定調査員がご自宅等に訪問して、心身の状態などについて聞き取り調査を行います。
※吹田市が調査業務を委託した事務委託法人の調査員や事業所の居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）等が調査に伺う場合があります。

訪問調査	該当番号		【訪問調査先】 1：被保険者(本人)の住所 2：下記住所				
	調査先住所 (本人住所の場合記入不要)	(調査先) 郵便番号		(調査先) 都道府県名		(調査先) 市区町村名	
		(調査先) 市区町村名以降の住所		(調査先) 電話番号			
	施設・病院名				退院日	頃退院予定 / 未定	
	同席者	☐ 有  ☐ 無（本人のみ）	氏名			続柄	
	日程調整相手	☐ 本人 ☐ 申請者 ☐ その他 	氏名			続柄	
日中に連絡のとれる電話番号							
備考	調査に関して、病名やお体の状況等事前に伝えておきたいことがあれば御記入ください。 ※可能な範囲で歩行や寝返りなどを実際に行っていただきますので、御協力をお願いします。						
訪問調査結果の送付を希望しない ☐							

◆ 医療保険の番号

医療保険者番号 (6～8桁)		記号			
医療保険者名称		番号		枝番	

◆ 特定疾病（40歳から64歳の方のみ記入し、医療保険の加入状況が分かるものを提示してください。）

特定疾病	
------	--

◆ 事業者等に対する「主治医意見書」・「認定調査票」の開示等にかかる同意

介護サービス計画等を作成するために必要があるときは、要介護・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、吹田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者、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。また、主治医から求めがあれば、判定結果を主治医に提示することに同意します。

更新申請について、要介護・要支援認定が申請日から30日を超えたときであっても、現在の有効期間内に要介護・要支援認定を行うことができる場合は、認定延期通知を省略することに同意します。

上記の内容について同意していただける場合は、
右の被保険者署名欄に氏名を御記入ください。

被保険者署名：

※吹田市・地域包括支援センター記入欄（こちらには記入しないでください）

受付印	申請種別	☐ 窓口	☐ 郵着	☐ その他（ ）
	被保険者証受理	☐ 済	☐ 未（回収してください）	
	主治医意見書受理	☐ 済	☐ 未（依頼中・未依頼）	
	資格者証交付（市記入）	☐ 済	☐ 未（渡してください）	

備考：

受付者	帳票ID	K08	入力日	令和 年 月 日
-----	------	-----	-----	----------

提出物チェックリスト

適宜ご利用ください。申請書への添付は必要ありません。

☐	介護保険 要介護・要支援認定 申請書 ※必要事項に記入漏れがないか御確認ください。
☐	主治医意見書（後日提出も可） <u>申請者がかかりつけ医に作成を依頼し御提出ください。</u> ■市から医療機関へ依頼は行いません■ 様式はホームページ（この申請書を掲載しているページ）からダウンロードできます。
☐	介護保険 被保険者証（緑色） 紛失された場合は、その旨をメモ等に記載し添付していただくか申請書の備考欄に御記載ください。

提出先（郵送先）

切り取って宛先として御利用いただけます。

564-8550

吹田市泉町1丁目3番40号

吹田市役所 高齢福祉室
介護保険グループ 宛