

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)

(あて先) 東大阪市長 次のとおり申請します。

被 保 険 者	フリガナ			申請年月日	令和	年	月	日
	氏名			性別	男・女		年齢	
				生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住民票の住所	〒	-	電話番号				
	調査場所 (上記住所地で調査を行う場合は記入不要)	施設・医療機関等の名称又は居所			電話番号			
	調査日程連絡先	フリガナ氏名	(続柄)		電話番号			
	調査立会希望者 ※希望者がいる場合のみ	フリガナ氏名	(続柄)		電話番号			
	前回の要介護認定の結果等 (該当するものに○)	要介護 (1 2 3 4 5)		要支援 (1 2)		事業対象者		
変更申請の理由 ※変更申請の場合のみ	前回有効期間 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
主治医	医療機関名			主治医の氏名			診療科	
	所在地	〒	-	電話番号				
		通院(最終受診日: 令和 年 月 日)・入院中						
特定疾病 (※64歳以下の方のみ)	※医療保険被保険者証を提示してください。							
医療保険	保険者名			保険者番号				
	被保険者証	記号			番号	枝番		
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、主治医意見書、東大阪市の提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、東大阪市の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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。								
本人署名:				代筆者:			(続柄:)	

(特記すべき事項があれば記入してください。)

- ・1号被保険者(65歳以上)の人は、介護保険被保険者証を添付してください。申請時に介護保険被保険者証に代えて介護保険資格者証を交付します。
- ・郵送での申請の場合には、申請書が介護認定課に到着した日を申請日として取り扱います。到着日で不都合がある場合は事前に問い合わせをお願いします。

提出代行者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)					
	住所	〒	-	電話番号			
							担当者名

※下の欄は記入しないでください。

依頼日	調査	調査票 未・済	入力	備考	調査票 依頼先	受付	受付印
	意見書						