

## 介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

〔申請区分 1 新規・2 更新・3 区分変更・4 要支援からの変更〕

(宛先) 箕面市長 次のとおり申請します。		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係		
提出代行者名称 (提出代行の場合のみ記入)	種別名称	(該当に○を付けてください。) ・居宅介護支援事業者 ・地域密着型介護老人福祉施設 ・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 ・地域包括支援センター	
申請者住所	〒  電話番号 ( )		

\* 申請者が認定を受けようとする者と同じの場合、申請者の住所及び電話番号は記入不要

被 保 険 者	介護保険被保険者番号					個人番号					
	医療 保険	保険者名					保険者番号				
		被保険者証	記号			番号			枝番		
	フリガナ		-----				生年月日	年 月 日			
	氏名						性別	男 ・ 女			
	住所		〒				電話番号 ( )				
	前回の要介護認定の結果等 (申請区分 2,3,4 の場合のみ記入)		要介護〔1・2・3・4・5〕 ・ 要支援〔1・2〕								
		有効期間		年 月 日から				年 月 日まで			
変更申請の理由 (申請区分 3,4 の場合のみ記入)											
介護保険施設 入所の有無		有	入所施設名:								
		無	所在地:								

主治医	主治医の氏名					医療機関名				
	所在地	〒				電話番号 ( )				

第二号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名			
-------	--	--	--

介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントを作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、事業所等の関係人、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。また、主治医意見書を記載した医師から求めがあるときは、要介護認定・要支援認定結果について、当該医師に提示することに同意します。(事業所等とは、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター(介護予防支援事業所)、地域密着型サービス事業所(夜間対応型訪問介護事業所、認知症対応型通所介護事業所及び介護予防認知症対応型通所介護事業所を除く。)及び介護保険施設をいいます。)

本人氏名 \_\_\_\_\_