

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書

寝屋川市長

次のとおり申請します。 新規申請 変更申請 更新申請 転入継続

※ 申請には被保険者証の提出が必要です。変更申請は下記①を、2号被保険者は下記②を記入してください。
個人番号を記載された場合は、個人番号カード等による確認が必要となります。

申請日 平成 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	性別
	氏名		【明・大・昭】 年 月 日 () 歳 ※65歳未満の方は 下記②を記入	男・女
	住所	寝屋川市 電話番号		

前回の 認定結果	<input type="checkbox"/> 非該当	有 効 期 間	平成 年 月 日	(被保険者証に記載の)認定年月日
	<input type="checkbox"/> 要支援 ()		~	平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 要介護 ()		平成 年 月 日	※「非該当」は被保険者証の交付年月日を記載

主 治 医	医療機関名			主治医名	(科)
	所在地				
	最終診察月	平成 年 月	次回受診日	/	電話番号

※ 個人情報外部提供の同意

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成する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、寝屋川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もしくは介護保険施設の従業者、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。

本人氏名 _____

※ 家族以外の代理人が申請する場合は委任状が必要

申 請 者	名称 または 氏名	該当に○(地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設) 事業者印 家族・代理人の場合 (続柄)
	住所	電話番号

① 変更申請の場合のみ記入 (変更申請の理由は主治医に情報提供します。)

変更申請の理由 (介護の手間の変化) を具体的に記入	
----------------------------------	--

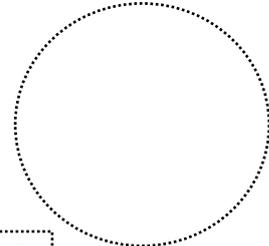
② 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(医療保険証を提示または写しを添付してください。)

医療保険者名 【保険者番号】	【	医療保険被保険者証 記号・【番号】	【
特定疾病名			

(事務使用欄)

意見書	資格者証	保険証	身元確認	受付者
申請者・郵送	申請者・調査時	回収・紛失・郵送回収	個人番号確認	入力者

調査



被保険者番号 0 0 0 0

認定調査について

要介護認定のために、市職員もしくは市が委託した介護保険事業者の認定調査員がご自宅等を訪問して介護を必要とする方の心身の状態などについてお聞きします。

調査の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。

※ 原則、月～金の調査とさせていただきます。調査にかかる時間は40分～50分ほどです。

認定調査の実施場所	(訪問先住所)※マンション・アパート名及び部屋番号もご記入ください。					
※施設の種別 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 (特養・老健・療養) <input type="checkbox"/> その他 ()	(電話番号)					
	(訪問先の名前)※病院の場合は、病棟、号室、退院予定日もご記入ください。					
日程調整をする方の 連絡先	(フリガナ)			・配偶者 ・子		
	(氏名)			・ケアマネジャー ・その他 ()		
※日中連絡がとれる電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-
調査に同席する方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 日程調整者と同じ	(フリガナ)			・配偶者 ・子		
	(氏名)			・ケアマネジャー ・その他 ()		
調査日で都合の悪い 曜日・時間帯	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	日程調整で伝えておきたいこと ()
	午前					
	午後					
介護が必要となっている 主な病気・障がい・症状						
希望するサービス ※更新申請時は利用中のサービス						
<p>受け答え(支障なし・簡単なことに限られる・難しい)</p> <p>筆談の必要性(あり・なし) 手話の必要性(あり・なし)</p> <p>最近、身の回りのことでお困りのこと</p> <p>()</p> <p>世帯の状況(同居人有⇒ ・ 独居)</p>						

担当事業者名
電話
担当者名

寝屋川市高齢介護室 認定担当
〒572-8533
寝屋川市池田西町28-22
電話 072-838-1075

