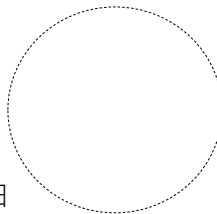


介護保険要介護・要支援認定申請書

申請区分 新規 更新 変更 要支援から要介護への変更 要介護から要支援への変更 転入

(あて先) 豊中市長 次のおり申請します。 提出日: 年 月 日



被 保 険 者	被保険者番号	100	個人番号 (マイナンバー)													
	フリガナ			生年	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女						
	氏名			月日	年		月		日		歳					
	住所 (住民登録地)	マンション名・施設名														
	連絡先	電話番号	※右詰で記入													
	現在の認定結果	要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	有効期間				年 月 日 から							
変更申請の理由	状態の悪化	<input type="checkbox"/>	状態の改善	<input type="checkbox"/>	具体的に											

訪 問 調 査 に つ い て	(調査の 立会者 の 同席者)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	フリガナ													<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 親族 (続柄:)
		<input type="checkbox"/> 無 (本人のみ)	氏名													<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 施設・病院職員
日程調整の 連絡先	本人 同席者 に同じ その他	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	フリガナ													<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 親族 (続柄:)
		<input type="checkbox"/> 同席者 に同じ	氏名													<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 施設・病院職員
調査先住所 ※住民票の住所地と 異なる場合に記入	住所または 事業所名		<input type="checkbox"/> 同上													<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号※右詰																
	施設・病院名														病棟・階 部屋番号等		
	【退院予定日】		月 日		<input type="checkbox"/> 未定		⇒退院後、自宅での調査になる場合があります。										

主 治 医	医療機関名	フリガナ													診療	科目	科
	所在地	主治医名															
電話番号※右詰																	
<input type="checkbox"/> 通院		<input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入所	最近の診察日・入院日		年 月 日										

医療保険者名	医療保険者番号	記号	番号	枝番
特定疾病名	※40歳~64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)は特定疾病名を記入し、医療保険の資格確認方法を選択してください。(裏面参照)			

提供の 個人 情報 の 同意	介護サービス計画の作成等の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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、豊中市が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、豊中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、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も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また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。													
被保険者署名														

■本人以外が申請書を提出する場合はご記入ください。

者 又 は 請 代 理 代 理 人 行	氏名または 事業所名等													本人との関係	担当者名				
	住所または所在地	<input type="checkbox"/> 同上													<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> その他
	電話番号※右詰																		

※ 新規の申請に至った理由や認定調査時に配慮してほしいことなどについてお聞かせください。

1. 新規申請の理由

2. 認定調査時に配慮してほしいこと (がん等の進行性の疾患であり本人に未告知の場合や、認知症状がある場合など)

3. 現在治療中の病気などはありますか。可能な範囲でお聞かせください。

- 脳梗塞 骨折(部位: _____) がん(部位: _____)
- 結核 認知症

※感染症の恐れがある疾患(かいせんなど)にかかっている場合は、申請時にご相談ください。

- 入院・転院・手術予定等 (具体的に: _____)
- その他 (具体的に: _____)

認
定
調
査

第
2
号
被
保
険
者
の
方

※特定疾病

- | | | |
|--------------|------------------------|-----------------|
| 1 筋萎縮性側索硬化症 | 8 早老症 | 12 閉塞性動脈硬化症 |
| 2 後縦靭帯骨化症 | 9 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症 | 13 関節リウマチ |
| 3 骨折を伴う骨粗鬆症 | 及び糖尿病性網膜症 | 14 慢性閉塞性肺疾患 |
| 4 多系統萎縮症 | 10 脳血管疾患 | 15 両側の膝関節又は股関節に |
| 5 初老期における認知症 | 11 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症 | 著しい変形を伴う変形性関節症 |
| 6 脊髄小脳変性症 | 及びパーキンソン病 | 16 ガン末期 |
| 7 脊柱管狭窄症 | (パーキンソン症候群は該当しない) | |

資格確認方法

マイナンバー連携に同意する口

資格確認書のコピーを添付する口

注
意
事
項

- 主治医に関しては、日ごろ本人の心身の状況をよく知った医師（1名のみ）を記載の上、介護認定の申請をした旨を主治医へお知らせください。また、過去3か月以内に受診の無い方は、速やかに受診してください。
- 法定後見人の方が、本人署名欄に本人名を代筆される場合
⇒ 家庭裁判所が発行する審判書、又は法務局が発行する登記事項証明書のいずれかのコピーに、内容に相違ない旨を記入し、記入日、署名または記名・押印があるものを、申請書と併せてご提出ください。
- 申請代理人とは家族・法定後見人等で、本人に代わって申請される方であり、提出代行者とは介護保険法で定められている代行者（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設）で、本人の申請の意志を確認し、手続きを代わりに行う方です。

備
考

豊中市記入欄

受付者	入力者	調査依頼日	調査依頼先	意見書依頼日	資格者証