受付印

受付者		入力日		付番号												

申請種別に〇をする

介護保険［要介護・要支援］認定申請書（新規 更新・介護・変更・転入）

尼崎市長あて

次のとおり申請します。

		申請年月日	〇年〇月〇日
申請者氏名	尼崎 一郎	本人との関係	長男
提出代行者名称	該当に〇 （地域包括支援センター・指定居宅支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院）		
住所又は所在地	〒 〇〇〇―〇〇〇〇 尼崎市西難波町×丁目×番×号 TEL 06（××××）××××		

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号	1	0	0	△	△	△	△	△	△	△	個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

被保険者	フリガナ	アマガサキ タロウ	生年月日	年 月 日	性別 男・女
	名	尼崎 太郎			年齢 歳
	住所	〒 ― 尼崎市東七松町〇丁目〇番〇号 TEL （ ）			
	調査先住所	入院・入所の場合、施設名称		入院・入所日	
		〒 TEL （ ）			

住民票の住所を記入

訪問調査先の住所を記入 入院、入所なら施設名と住

数日をあらそうような、緊急度の高い場合のみ記入

■ 末期がん等により、数日中に緊急の認定調査を必要とする場合のみ具体的理由を必ず記入してください。

理由 （ ）《暫定サービスの利用の有無 □ あり・予定あり □ なし》

〇 立会い者等訪問調査の日程を決めるための連絡先

（平日9時～17時に連絡のとれる電話(携帯可)番号、勤務先名等をお書きください。） 1. 自宅 2. その他（ ）

氏名 尼崎 一郎 本人との関係（ 長男 ） TEL 06（××××）××××

現在の要介護認定の結果等	要介護・要支援状態区分 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）				
	有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで				
変更	該当に〇 心身機能の 悪化・回復 （ ）				
転入	前住所地（市町村）名[ ] 現在、前住所地に要介護・要支援認定を申請中ですか。（既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） はい・いいえ 「はい」の場合 申請日 年 月 日				

区分変更の際は必ず記入

医療機関	△△病院	診療科目	△△科	主治医の氏名	△△ 〇〇医師
	〇〇〇 ― 〇〇〇〇 TEL 06（△△△△） △△△△ 尼崎市南塚口町△丁目△番△号			最終受診日又は予定日	△年△月△日

入院先の医師と相違のある場合は、再度確認すること

医療保険	保険者名	〇〇〇〇〇	保険者番号	〇〇
	被保険者証 記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇

2号被保険者のみ記入

1. 筋萎縮性側索硬化症 2. 後縦靭帯骨化症 3. 骨折を伴う骨粗鬆症 4. 多系統萎縮症 5. 初老期における認知症
6. 脊髄小脳変性症 7. 脊柱管狭窄症 8. 早老症 9. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
10. 脳血管疾患 11. パーキンソン病関連疾患 12. 閉塞性動脈硬化症 13. 関節リウマチ 14. 慢性閉塞性肺疾患
15. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
16.がん （医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）

2号被保険者の申請の際は、必ず該当疾病の番号に〇をする

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、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、尼崎市から地域密着型介護老人福祉施設、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、支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は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。

・私は、認定更新申請から30日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知される場合は認定延期通知の省略に同意します。

被保険者氏名	尼崎 太郎

≪添付書類等≫・介護保険被保険者証を必ず添付してください。（紛失の場合は、被保険者証再交付申請書の提出が必要です。）
・2号被保険者の新規申請時には、別途介護保険被保険者証交付申請書（第2号被保険者）の提出が必要です。
・2号被保険者の申請には、医療保険者証のコピー等を必ず添付してください。