

受付印

受付者

入力日

入力者

受付番号

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。

申請者氏名		申請年月日	年	月	日
提出代行者 氏名	該当に○ (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 ・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院)	本人との関係			
住所又 は 所在地	〒 _____ TEL ()				

*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	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒 _____		年齢	歳			
	調査先住所	入院・入所の場 合、施設名称	入院・入所日	年	月	日	TEL ()	
		〒 _____					TEL ()	

○ 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

本人との関係 ()

TEL ()

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)
変更申請の理由	該当に○ 心身機能の悪化・回復 ()		
14日以内に市外から 転入した方のみ記入	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。 はい・いいえ (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」の場合 申請日 年 月 日		
主治医	医療機関名	診療科目	主治医の氏名
	所在地 〒 _____	TEL ()	最終受診日又は予定日 年 月 日
医療保険	保険者名	保険者番号	
	被保険者証 記号	番号	
2号被保険者のみ記入 特定疾病名 (該当に○)	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。)		

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・要支援認定にかかる調査内容、尼崎市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尼崎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、介護保険施設の関係人、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または提供することに同意します。

被保険者氏名

《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を必ず添付してください。