



令和 年 月 日

要介護・要支援認定調査依頼申出書

(新規・更新・区分変更〔理由： 〕)

現在の介護認定期間 年 月 日～ 年 月 日

(在宅・ 病院入院中・ 入所中)

身体障害者手帳の有無 (有・無) 担当： CW

注：身体障害者手帳所有者は、まず障害福祉施策の活用を優先させて下さい。

枚方市福祉事務所長 殿

下記のとおり介護扶助を申請するので、要介護認定・要支援認定について必要な調査を依頼されるよう申出します。

申出人	住所： 〒	
	ふりがな氏名： 生年月日：大・昭・平 年 月 日 連絡先電話番号 (- -)	対象者との続柄
調査を必要とする方 (申出人と異なる場合に記入してください)	住所：枚方市 〒	
	ふりがな氏名： 生年月日：昭和 年 月 日 連絡先電話番号 (- -)	男・女

確認欄

調査対象者番号			H	2	7	1			
<input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病関連疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 <input type="checkbox"/> 末期がん									
主治医	所在地： 〒								
	医療機関名：								
		医師名：	(フルネームで)						
入院・入所施設名	所在地： 〒		TEL：						
	名称：								
(入院の場合： 退院予定 未定 ・ 退院予定日 月 日)									
訪問調査同席者 (有・無)	住所： 〒		TEL：						
	ふりがな氏名：		対象者との続柄						

※同席者が担当ケアマネジャーの場合は、居宅介護支援事業所の事業所名も記載して下さい。