

介護保険 要介護認定・要支援認定・要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

40歳から64歳まで

(宛 先)

枚方市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|                        |      |                        |  |                  |  |  |  |             |  |           |  |           |  |           |  |
|------------------------|------|------------------------|--|------------------|--|--|--|-------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|--|
| 被保険者番号                 |      |                        |  | 個人番号             |  | * * * * *  |  | * * * * *   |  | * * * * * |  | * * * * * |  | * * * * * |  |
| 医療<br>保<br>険           | 保険者名 |                        |  | 保険者番号            |  |  |  |             |  |           |  |           |  |           |  |
|                        | 被保険者 | 記号                     |  | 番号               |  |  |  | 枝番          |  |           |  |           |  |           |  |
| フリガナ                   |      |                        |  | 生年月日             |  | 明・大・昭  |  | 年 月 日       |  |           |  |           |  |           |  |
| 氏 名                    |      |                        |  | 性別               |  | 男 ・ 女  |  |             |  |           |  |           |  |           |  |
| 住 所                    |      | 〒                      |  | 電話番号             |  |  |  |             |  |           |  |           |  |           |  |
| 現在の要介護状態<br>区分等        |      | 現在認定を受けている場合のみ記入       |  | 1 2 3 4 5        |  | 要支援1   |  | 要支援2        |  |           |  |           |  |           |  |
|                        |      | 有効期間                   |  | 年 月 日 から         |  | 年 月 日 まで   |  |             |  |           |  |           |  |           |  |
|                        |      | 14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入 |  | 転出元自治体(市町村)名 [ ] |  | 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(すで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     |  |           |  |           |  |
| 現在入所<br>(入院)している<br>施設 |      | 施 設 名                  |  |                  |  |  |  |             |  |           |  |           |  |           |  |
|                        |      | 所 在 地                  |  | 〒                |  | 電話番号   |  |             |  |           |  |           |  |           |  |

(地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業者 指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院)

|                   |       |   |      |
|-------------------|-------|---|------|
| 提出<br>代<br>行<br>者 | 名 称   |   |      |
|                   | 所 在 地 | 〒 | 電話番号 |

|             |       |   |                    |       |
|-------------|-------|---|--------------------|-------|
| 主<br>治<br>医 | 主治医氏名 |   | 医 療<br>機<br>関<br>名 | ( 科 ) |
|             | 所 在 地 | 〒 | 電話番号               |       |

|       |  |
|-------|--|
| 特定疾病名 |  |
|-------|--|

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、主治医意見書、枚方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、枚方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若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又は認定調査に従事した調査員に提示し、又は地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に提供することに同意します。

被保険者(本人)氏名

# 委任状

枚方市長

委任者氏名  
(被保険者)

印

私(委任者)は、下記の者を代理人として、介護保険要介護認定・要支援認定の申請に関する権限を委任します。

## 【代理人】

住所 〒

氏名

電話番号

委任者との関係

※認定調査についてご記入ください。

認定調査に同席を希望されますか。

希望する

希望しない

●

(フリガナ)

同席者氏名

(続柄: )

●

連絡先(昼間連絡の取れる電話番号をご記入ください)

TEL ( )

●

その他、調査についての連絡事項

●

入院中の方はご記入ください。

施設  介護医療院)

退院日未定

退院予定日 ( 月 日)

## 枚方市記入欄

| 受付入力 | 申請入力 |
|------|------|
|      |      |

被保険者証あり

○返却 ○受領

被保険者証なし

保険料滞納あり

番号確認

(個人番号カード・通知カード・その他)

本人

○身元確認

(写真付・写真なし2点)

代理人

○代理人身元確認

(写真付・写真なし2点)

○代理権確認

(委任状・その他)