

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

(郵送の場合は記入しないでください。)
申請日: 令和 年 月 日

(あて先) 八尾市長

申請者	本人・家族 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設・その他	
	事業所名称 (家族の場合記入不要)	
	氏名 (事業所の場合担当者氏名)	続柄
	住所	〒 - 電話番号() -

次のとおり申請します。

介護保険被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男・女
			電話番号	() -
	住所	〒 -		
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1・2・3・4・5 要支援 1・2 有効期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			
主治医	医療機関名		主治医 (フルネーム)	フリガナ 氏名 最終診察: 令和 年 月 日・入院中 次回診察予定: 令和 年 月 日
	※介護保険主治医意見書の記入が可能か、確認してから記入してください。			
	所在地	〒 - 電話番号() -		
医療保険	医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
	医療保険者番号			
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は、医療保険の加入状況を確認できるもの(資格確認書・資格情報のお知らせ・マイナポータルの保険資格情報確認画面)の提示または写しを添付してください。				

2号被保険者	特定疾病名 (いずれかに○)	がん・脳血管疾患・脊柱管狭窄症・パーキンソン病関連疾患・骨折を伴う骨粗鬆症 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症・関節リウマチ 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・初老期における認知症 筋萎縮性側索硬化症・後縦靭帯骨化症・多系統萎縮症・ 脊髄小脳変性症・早老症・閉塞性動脈硬化症・慢性閉塞性肺疾患
--------	-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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、主治医意見書を、八尾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、八尾市から高齢者あんしんセンター(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。また、更新申請について、現在の有効期間内に認定結果が出るが見込める場合、介護保険法第27条第11項に規定する延期通知書の送付は必要ありません。

同意欄
本人氏名(被保険者氏名を記入。代筆可)

※

以下は記入不要。(八尾市記入欄)

受付	資格確認	証回収	資格者証	主治医	調査
		1.済 2.郵送 3.紛失			

調査担当者	備考欄