

(あて先) 八尾市長

(郵送の場合は記入しないでください。)

申請日: 令和 年 月 日

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	〒 -	申請の理由	
	前回の要介護認定の結果等	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	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		

同意欄

本人氏名(被保険者氏名を記入。代筆可)

※

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若しくは介護保険施設の関係者、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することに同意します。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。

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