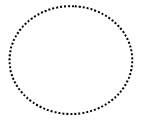


介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 ( 新規 ・ 更新 ・ 変更 )



芦屋市長 あて  
次のとおり申請します。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	個 番	人 号												
	医療保険	保険者名										保険者番号							
		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 介護認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援 ( 1 ・ 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )																	
有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで																		

※認定に必要な意見書を作成いただく医師についてご記入ください。(3ヶ月以内の受診が目安)

主 治 医	医療機関名											主治医氏名							
	所在地	〒																	
	電話番号 — —																		

※連絡先が被保険者の住所と異なる場合のみ記入してください。(保険証等郵便物送付先の変更は別途届出が必要です。)

連 絡 先	フリガナ 氏名											被保険者との 続柄							
	住所	〒																	
	電話番号 — —																		

※40歳から64歳までの人のみ記入し、医療保険証のコピーを添付してください。保険料の納付状況を確認します。

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、及び主治医意見書を、芦屋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若しくは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することに同意する。

本人氏名 \_\_\_\_\_

代 筆 者 \_\_\_\_\_

申 請 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)															
	住 所	〒															
	電話番号 — —																

※市記入欄 登録済 意見書[ 1・1 / 1・2 / 2・1 / 2・2 ] 調査[市: \_\_\_\_\_ / 公社 / R2S / 施設 / 市外 ]

資格者証済 資格者証済(窓口)

訪問先[ 入院(所)先 / 自宅他 ]

保 険 証 回 収	済 ・ 未
-----------------------	-------------

(裏面も記入してください)

# 認定調査連絡票

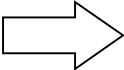
1. 認定調査を受ける方の被保険者番号と氏名をご記入ください。

介護保険被保険者番号:	氏名:
-------------	-----

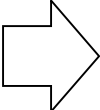
2. 認定調査はどちらにいけばよろしいですか。訪問先住所をご記入ください。  
(入院・入所されている場合は、病院名・施設名と部屋番号もご記入ください。)

訪問先住所:
TEL:                   —                   —

3. 訪問の日程調整はどなたとすればよろしいですか。昼間に連絡がつくところをご記入ください。

本人 

昼間連絡先 TEL:	—	—
------------	---	---

家族  
・その他 

フリガナ 氏名:	本人との関係:
TEL:                   —                   —	

4. 訪問日でご都合の悪い曜日・時間帯があれば下記の表に×をつけてください。

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
午前					
午後					

5. 調査の当日に同席される方がありましたら氏名をご記入ください。

氏名:	本人との関係:
-----	---------

6. 認定調査に際して伝えておきたいことがありましたらご記入ください。  
(主な疾病・同居者の有無・認知症の有無・日常生活上の支障等についてご記入ください。)

--