

（宛 先） 池 田 市 長
次のとおり申請します。申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	
	住 所	〒 電話番号		
	前回の要介護 認定の結果等	＊要介護・要支 援更新認定の 場合のみ記入	要介護(要支援)状態区分	
			有 効 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日	
	過去 6 か月間の介 護保険施設、医療 機関等への入院又 は入所の有無	介護保険施設	名称・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日
			名称・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日
		医療機関等	名称・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日
			名称・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日
有 ・ 無				

提 出 代 行 者 ・ 申 請 者	申請者氏名		本人との関係	
	申請者住所	＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要 〒 電話番号		
	提出代行者 名称	該当に○(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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院)		
	提出代行者 所在地	〒		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

医 療 保 険	保険者名			保険者番号			
	被保険者 記号・番号	記号		番号		枝番	

第 2 号被保険者（4 0 歳から 6 4 歳までの医療保険加入者）の方のみ記入

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・要支援認定に係る調査内容、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、池田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します。

本人氏名	
------	--

	受 付	資 格	受 給	保険料	被保証	資格者証	認定調査について
池 田 市 記 入 欄							