

(宛先)池田市長

次のとおり申請します。

※申請年月日は、原則受付日です。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号					個人番号						
	フリガナ	フクマル ハナコ				生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏名	福丸 花子				性別	男 ・ 女					
	住所	〒 住民票に記載されている住所を記入してください。								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 1 2 3 4 5				要支援1		要支援2			
過去6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
有・無	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
短期入所(ショートステイ)は除く												

提 出 代 行 者 ・ 申 請 者	申請者氏名	申請用紙を記入される方の氏名を記入してください。				本人との関係		
	申請者住所	〒 申請用紙を記入される方の住所を記入してください。				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 住所	〒 代行申請の場合に、事業所等が記入してください。						

主 治 医	主治医の氏名	城南 太郎 医師 (フルネームで記入してください。)		医療機関名	〇〇病院	
	所在地	〒 医療機関の住所を記入してください。				電話番号

↓令和4年4月1日より追加されました。65歳以上の方も必ず記入してください。

医 療 保 険	保険者名	(例) 池田市			保険者番号	(例) 270058	
	被保険者 記号・番号	記号		番号		枝番	

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方のみ記入

第2号被保険者の方は資格確認書等を提示してください。

特定疾病名	2号被保険者(40～64歳)の方は、特定16疾病の該当病名を記入してください。						
-------	---	--	--	--	--	--	--

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、主治医意見書、池田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、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、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。

同意の上、ご署名をお願いします。

本人氏名

福丸 花子 代理 福丸 一郎

	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							