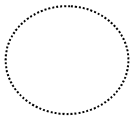


介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 (新規 ・ 更新 ・ 変更)



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	個人 番号	
	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
	氏名			明・大・昭 年 月 日
	住所	〒		性別
				男 ・ 女
	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			

主 治 医	医療機関名		主治医氏名	※フルネームでご記入ください。
	所在地	〒	電話番号 - -	

※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)

特定疾病名	
-------	--

※40歳から64歳までの人のみ記入し、「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピーを添付してください。

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、芦屋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、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、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。

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・介護医療院) (担当: _____)
	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: _____ / 社協 / R2S / 施設 / 市外]

資格者証済 資格者証済(窓口) マイナポータル 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)

