

様式第4号（第8条関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 [新規・更新・変更]

（あて先）京田辺市長

次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

申請代行業所	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）		
申請者 又は担当者氏名		本人との関係	
住所	〒 <span style="float:right">電話番号</span>		
情報提供申請欄 (申請代行者のみ記入)	被保険者からサービス計画作成依頼を受けており、その作成のため要介護等認定内容・認定調査実施内容・主治医意見書が必要ですので、その写しの交付を		
	<input type="checkbox"/> 他の目的に使用しないことを宣誓し、情報提供を希望します。 <input type="checkbox"/> 希望しません。		

被保険者	被保険者番号				個人番号				
	医療 保 険	保険者名			保険者番号				
		被保険者証		記号	番 号		枝番		
	フリガナ			生年月日		年 月 日			
	氏 名			性 別		男 ・ 女			
	住 所			〒 <span style="float:right">電話番号</span>					
	前回の要介護認定 の結果等		状 態 区 分	要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）					
			有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで					
			（14日以内に他自治体から転入した者のみ記入）						
			転出元自治体（市町村）名 [ ] 利用者負担の割合 [ 割 ]						
変更申請の理由 (変更申請時のみ記入)									
現在の状況		<input type="checkbox"/> 在宅		(居住先住所・連絡先：住民票上の住所と異なる場合のみ記入)					
		<input type="checkbox"/> 入院・入所		(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・一般病院・その他) 施設名 <span style="float:right">退所等予定 無・有( )</span>					

主 治 医	医療機関名			主治医氏名			
	所在地	(電話番号 )					
	受診状況	最終受診日： 年 月 日			次回診療日： 年 月 日		

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、京田辺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又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

また、本申請の認定結果が「非該当」となった場合は、京田辺市から地域包括支援センターに認定結果等の情報を提供することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_