

個人番号入力欄

介護保険被保険者番号入力欄

021

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新・変更・転入)

(申請先) 川西市長
次のとおり申請します。

申請年月日(和暦) 年 月 日

※市役所で受付した日が申請日となります。

提出者情報欄: 氏名又は事業所名等, 住所, 本人との関係, 介護支援専門員名

※家族・代理人が申請する場合も、この欄に記載してください。

本人情報欄: 現在(前回)の要介護認定結果等, 変更申請の理由, フリガナ, 本人氏名, 性別, 元号, 生年月日, 年齢, 住所, 訪問調査先, 立会人・連絡先等

※医師名はフルネームで記入してください

主治医情報欄: 医療機関名, 所在地, 医師名, 最終受診日又は予定日

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は必ず①②③を記入してください。(医療保険証のコピーを添付してください。)

2号被保険者情報欄: ①医療保険者名(保険者番号), ②医療保険被保険者証記号番号, ③特定疾病名

※下記の情報提供について、同意が得られる場合には署名をお願いします。

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、または本市保健福祉サービス受給のために必要があるときは、要支援認定・要介護認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書を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または介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員または本市保健福祉サービス実施課に提示することに同意します。

同意欄: 受付, 被保証, 保険料, 資格者証, 入力, 2号被保険者 健康保険証

本人氏名入力欄

0000

640

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

介護保険の対象となる特定疾病一覧表

※該当するものに☑を入れてください

- が がん（医師が一般に認められる医学的見地に基づき回復の見込みがない状態に至ったものに限る。）
- 関 節 リウ マ チ
- 筋 萎 縮 性 側 索 硬 化 症
- 後 縦 靱 帯 骨 化 症
- 骨 折 を 伴 う 骨 粗 鬆 症
- 初 老 期 に お け る 認 知 症（アルツハイマー病、脳血管性認知症等）
- 進 行 性 核 上 性 麻 痺、大 脳 皮 質 基 底 核 変 性 症 お よ び パ ー キ ン ソ ン 病
（パーキンソン病関連疾患）
- 脊 髄 小 脳 変 性 症
- 脊 柱 管 狭 窄 症
- 早 老 症（ウエルナー症候群等）
- 多 系 統 萎 縮 症
- 糖 尿 病 性 神 經 障 害、糖 尿 病 性 腎 症 お よ び 糖 尿 病 性 網 膜 症
- 脳 血 管 疾 患（脳出血、脳梗塞等）
- 閉 塞 性 動 脈 硬 化 症
- 慢 性 閉 塞 性 肺 疾 患（肺気腫、慢性気管支炎等）
- 両 側 の 膝 関 節 又 は 股 関 節 に 著 し い 変 形 を 伴 う 変 形 性 関 節 症

・上記の疾病に該当しない場合は、介護保険制度の対象とはなりません。

・医療保険者証のコピーを添付してください。