申請書（水色の用紙）の記入方法

【問い合わせ先】 高齢介護課
電話：072-893-6400(代表)

- 申請の受付場所は、ゆうゆうセンター(保険福祉総合センター)又は市役所(本庁)1階です。
  申請書の提出は家族や、ケアマネジャーの代行でも可能です。申請に来るのが困難な方は上記までご相談ください。
- 申請の際は、「介護保険の被保険者証」(ピンクの証書)をご持参下さい。(健康保険証や老人医療の証書ではありません)
  また、40歳以上65歳未満の方については、健康保険証などの医療保険の被保険者証も併せてご持参ください。
- 申請受付の後日に、自宅や入所・入院先にお伺いして、被保険者の方の心身の状態をお尋ねさせていただく「訪問調査」を行います。
  「訪問調査」には、家族の方の同席も可能です。申請受付の際に、都合のよい訪問日を相談させていただきますのでご用意ください。
- 申請から認定結果が出るまでおおよそ30日以内ですが、事情によりそれ以上の日数がかかる場合がありますので、早めの申請をお勧めします。緊急に介護サービスが必要な場合は、認定結果が出る前でも、申請後すぐに利用することも出来ますので、上記までご相談ください。

【様式第７号】

介護保険 新規〔要介護認定・要支援認定〕 申請書
(更新)〔要介護更新認定・要支援更新認定〕

交野市長様

次のとおり申請します。

「新規」か「更新」に〇印を付けて下さい。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	
	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	医療保険 保険者名	○○○○○	保険者番号 ○○○○○○○○○○
	医療保険 被保険者証	記号 ○○○ 番号 ○○ 枝番 ○○	資格取得日 年 月 日
	フリガナ	カタノ ホシコ	記入年月日 令和 4年1月1日
	氏名	交野 星子	生年月日 明・大・(昭) 12年3月4日
	住所	〒576-0034 交野市 天野が原町5－5－1 TEL 893－0000 (市からの通知文書を、上記へ送らずに別の住所への送付を希望される場合は、所定の届出用紙が必要となりますので、交野市高齢介護課へご連絡ください)	
	現在の介護度	要支援 1・(2) 要介護 1・2・3・4・5	有効期間…令和3年5月1日～令和4年4月30日
	現在または直近の、介護保険施設や病院などへの入所・入院歴	名称 ゆうゆうセンター病院 / 所在地 交野市私部1－1－1	入所・入院の期間 3年1月1日～3年6月1日

住民票上の住所を記入してください。

介護保険の保険証の被保険者番号を記入してください。

被保険者の個人番号を記入してください。
※個人番号がわからない場合は空白で出していただいても結構です。(詳細は裏面をご覧ください。)

医療被保険者番号等の記入をして下さい。
※交野市の国民健康保険や交野市に住所を有する者で大阪府後期高齢者医療保険加入者の場合は、保険者のみの記入でも結構です。

家族の家など、被保険者本人の家以外の住所に、市からの介護保険関係の郵便を送る場合は、別の届け出が必要です。

老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設への入所や、病院への入院などの一番最近の履歴をご記入ください。

申請書の持参者	氏名（又は代行申請事業者名）	被保険者との関係（ 長男 ・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設） 交野 和男
	住所（被保険者と同じ場合は不要）	〒576-0034 交野市 天野が原町5－5－1 TEL 891－0000
		（同・異） （同・異）

申請を持参する家族の名前や、代行申請の場合の事業者等の名称を記入ください。

主治医	主治医名	北河内 緑子	医療機関名	ゆうゆうセンター病院
	所在地	〒576-0052 交野市私部1－1－1 TEL 892－0000		

1在新
2施新
3在更
4施更

複数の医者にかかわっている場合は、より状態を詳しく知っている方を記入ください。どこにもかかっていない場合は、高齢介護課までご相談ください。

次の欄は、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

特定疾病名	

同意に関する事項（同意する場合☑をしてください）

☑ 介護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・要支援認定にかかる調査内容、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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は地域包括支援センター、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。

☐ 【更新申請のみ】「延期通知」を省略することに同意します。(申請日から30日を超えて認定を行う場合は、「延期通知」を行う必要があります。ただし、本人の同意があり、有効期間内に認定を行える場合は、省略することができます。)

被保険者本人氏名 交野 星子

同意する場合は、被保険者本人の氏名を記入してください。

※裏面もご記入ください →

〇 裏面も必ず記入してください