

介護保険

次のとおり申請します。

年 月 日

被
保
險
者

提出代行者

主治医

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)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・意見及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又は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。

本人氏名

$$/ \quad (\quad) \quad :$$

調査立会	☐ 希望する ・ ☐ 希望しない		
立会者 または 来庁者	フリガナ		本人から 見た関係
	氏 名		
	電話(日中連絡がつくものでお願いします) — —		
調査場所 (どちらかの ☐ にチェック)	☐ 現住所地	☐ 現住所地以外へ(下へ施設名・住所等を記入)	
訪問日程 について	※都合の悪い曜日・時間帯などを記入		
認定結果の 送付先 (どちらかの ☐ にチェック)	☐ 現住所地	☐ その他(下へ記入)	☐ 窓口受取(来庁者：)
	〒		
	住所 () 宛名 ()		
利用中 または希望 のサービス	※利用中のサービスについては、曜日や時間帯なども記入		
その他			

介護保険課 記入欄	
保回収	
暫定	
予診	
駐車場	
2 医	
委託	