

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

(あて先) 市川三郷町長
次のとおり申請します。

申請区分	新規 更新 変更 ※該当に○	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	続柄（ ）		
申請者住所	〒 電話番号（ ）		
提出代行者名称	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・指定介護療養型医療施設・介護医療院		
提出代行者住所	〒 電話番号（ ）		

[illegible]

主治医 ・ 指定医	医師の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号 ()		

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時は、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市川三郷町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、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（署名） _____ 代筆者氏名（署名） _____

※ 代筆は、やむを得ない事情があるが場合を除いて**家族**が行なってください。また、代筆する場合は本人氏名も記入してください。

裏面につづく

この申請者連絡票は、認定調査と主治医意見書作成のため峡南広域行政組合に提出されます。
申請書と重複してご記入いただく部分もありますが、ご了承ください。

被 保 険 者 氏 名

	有効期間：	月末	同伴：	する（同伴者：	電話	）・しない
町 記 入 欄	-----					

申請者連絡票は、市川三郷町及び峡南広域行政組合個人情報保護条例により管理され、介護保険事務以外の用途に用いることは一切ありません。

--	--	--