

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

狛江市長 あて
次のとおり申請します。

(新規 ・ 更新 ・ 変更)

いずれかの
申請区分に 印をつけてください。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0	申請年月日	平成 年 月 日	
	フリガナ	コマエ タロウ		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	氏名	狛江 太郎		生年月日	明・大 昭 年 月 日
	住所 (住民票上)	〒 201-0003 狛江市和泉本町 - -			電話番号 03 (3430) 0000
現在の居住場所	自宅 (同上) ・ <input checked="" type="radio"/> 病院 ・ 施設 ・ その他				
	〒 201-0003 狛江市和泉本町 - -			病院 号室	
住所以外に滞在している場合は、 滞在場所をご記入ください。		電話番号 03 (3430) 1111			

主 治 医	病院名	病院		主治医の了解をもらってください。
	医師の氏名	介護 一郎	診療科	内科
	前回の診療日	月 日	次回の診療予約日	月 日
	所在地	〒 201-0003 狛江市和泉本町 - -		

提 出 代 行 者	氏名 (事業者は名称)	該当に (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)	続 柄
	住所	狛江 花子	娘
		〒 201-0003 狛江市和泉本町 - -	電話番号 03 (3430) 2222

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

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

変更の申請の場合にのみ記入

変更申請の理由	認定を受けるご本人(被保険者)氏名をお書きください。
---------	----------------------------

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、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、及び主を、狛江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、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 狛江 太郎

認定結果、その他介護保険関係通知(保険料含む)の送付先の変更を希望される場合

調査立会いを希望される場合

〒 住所 和泉本町 - -
氏名 狛江 花子 続柄 娘
連絡先 090-1111-2222

氏名 狛江 花子
続柄 娘
日中の連絡先 090 - 1111 - 2222