

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号		
	フリガナ		申請年月日	平成 年 月 日	
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
			性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒 南知多町大字 〇			
	前回要介護認定 ※更新認定の場合のみ	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
		有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日		
変更理由					
過去6月間の 入院入所 有 ・ 無	介護保険施設の名称・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日		
	医療機関の名称・所在地 (病室 号室)	期間	年 月 日～ 年 月 日 退院予定 年 月 日		

主 治 医	主治医 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	
医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

代行申請	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援業者・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） 事業所名 〒 電話番号 印
	申請者 ※被保険者本人以外の申請の場合もこちらに必ずご記入ください。 氏名 続柄（ ） 〒 〇

- 介護保険要介護・要支援認定申請書の提出を上記、代行申請者に委任します。
- 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、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若しく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。

申請同意 氏名 印

訪問調査同席者 氏名 (続柄)	☎ ※日中連絡の取れる連絡先 自宅・携帯・他 ()
連絡のとれる時間帯は 月・火・水・木・金 の () 時 ~ () 時 または いつでも大丈夫	
備考	
訪問先住所 ※調査の訪問先が上記住所と違う場合はご記入ください。	