

申請日 年 月 日

申請者	フリガナ		被保険者との関係
	氏名 代行事業者名		親族()ほか() 包括・居宅・介護施設()
	住所 所在地	電話番号 ()	

フリガナ		被保険者との関係	
連絡者氏名		日中連絡がつきやすい 電話番号	()

被 保 険 者	介護保険被保険者番号															個人番号																				
	医療 保 険	保険者名											保険者番号																							
		被保険者 記号・番号	記号								番号									枝番						本人・扶養										
		資格取得日	年 月 日								有効期限				年 月 日																					
	フリガナ												生年月日					年 齢					性 別													
	氏 名												大正・昭和 年 月 日					歳					男・女													
	住 所 棟名・部屋番号まで		電話番号（ ）																																	
	訪問先が 自宅以外 の場合		病院・施設 名、その他	入院（所）期間 年 月 日から 年 月 日																																
			所 在 地	電話番号（ ）																																
前回の 認定結果等		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 年 月 日 から 年 月 日 まで																																		

主治医	医療機関名	フリガナ 医師名 科 名 ()
	所在地	電話番号 ()

特定疾病名	
-------	--

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を、主治医意見書の作成医師に提示することを被保険者として ☐同意する。 ☐同意しない。

(代行申請の場合は、被保険者に確認し記入したものとみなします。)