

# 介護保険認定申請書

昭 島 市 長

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	申請年月日 平成 年 月 日		
	フリガナ	生年月日	明治 昭和	年 月 日
	氏 名	性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒 1 9 6 -  電話番号 0 4 2 -		

調 査	調査立会い希望	有 ・ なし	調査連絡先	電話番号
	連絡を取りやすい時間帯		氏 名	
	現在の拠点 入院中 入所中 その他	病 院 名 施 設 名  所在地	電話番号	

申 請 者	申請者氏名		本人との関係	
	提出代行者 (事業者記入欄)	該当に (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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) 印		
	住 所	〒	電話番号	

主 治 医	医療機関名		診療科目名	
	主治医氏名		直近の受診日	平成 年 月 日
	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)のみ記載

医療保険者名		医療保険 被保険者記号・番号	
特定疾病名		取 得 日	

\* 介護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昭島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。  
また、申請に関して、住民基本台帳及び課税台帳を調査することについても、この申請をもって同意します。  
なお、記載された事項は、介護保険システムのコンピュータに記載されます。

本人(代筆者)署名

---