

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規)

(あて先) 多気町長
次のとおり申請します。

提出する日を
記入してください。

申請者氏名		年 月 日
提出代行者 名称	該当に○	・指定介護療養型医療施設)
申請者住所	電話番号	

申請者のお名前等を記入してください。

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は不要

被 保 険 者	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		
	フリガナ	タキ タロウ				生年月日	明治 大正 10年 10月 10日	性別	男		
	氏名	多気 太郎				生年月日	昭和	性別	女		
	現住所	〒519-2181 多気町相可1600				電話番号	0598-38-1114				
介護保険施設 医療機関等 (短期入所除く)	施設(医療機 所在	入院中または入所中の場合施設等の名称を記入してください。									

主治医	医療 所	意見書を記入していただく医療機関名(かかりつけ医など)を記入してください。 ※主治医の氏名、所在地がわからない場合は空欄で結構です。								
-----	---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

申請理由	申請理由を記入してください。								
------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

調査立会	・希望する(被									
調査連絡先	・被保険者宅と	調査に立ち会っていただく方のお名前等を記入してください。								
調査場所(現住所・入院先と										

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									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2号被保険者(40~64歳)の方は
記入してください。
資格確認書などの写しを提出してください。

ご本人に記入していただくか、代筆の場合は
本人氏名および代筆者の氏名を記入してくだ
さい。

介
護
予
ら
介
常
して介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名 多気 太郎

代筆 多気 花子