

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書

新規

江東区長 殿

次のとおり申請します。

平成 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											フリガナ 申請者氏名			
	住所	江東区										本人との関係			
	フリガナ 氏名											日中連絡先 電話番号			
	性別	男・女										住所	〒		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日										提出代行の場合 名称	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 地域包括支援センター 介護支援事業者 介護保険施設 </div> 印		
	電話番号														
	過去6月間の介護 保健施設・医療機 関等入院、入所の 有無 (短期入所は除く)	介護保険施設・医療機関等の名称										期間(予定を含む)			
	所在地										年 月 日 から				
	電話										年 月 日				
	介護保険施設・医療機関等の名称										期間(予定を含む)				
有・無	所在地										年 月 日 から				
	電話										年 月 日				

主治医	医療機関名	フリガナ												
	主治医の氏名 (フルネーム)	フリガナ										診療科		
	所在地	〒												
		電話番号												

第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			

* 第2号被保険者の方の申請の際は、医療保険の被保険者証の写しを申請書に添えて提出して下さい。
 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時は、要介護認定・要支援認定にかかると調査内容、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江東区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、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出することに同意します。

本人氏名		代筆者氏名	
------	--	-------	--

認定調査時の 立会い希望の 有無	立会い希望	有 無 (どちらかにをつけてください)		
	フリガナ 立会い者氏名		本人との 関係	
	日中連絡先 電話番号			
	住所			

收受

	受付	入力		証回収	資格者証発行	保険料納付	
支セ						有・無	
郵送							

【認定申請（新規）】