

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

新地町長 様

青地→不明の場合は空欄可

65歳以上の1号被保険者は空欄可

赤字→必須

緑字→該当すれば記載

次のとおり申請します。

申請年月日

〇〇年 〇〇月 〇〇日

[illegible]

申請者氏名	新地 花子	本人との 関係	妻
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・ <u>居宅介護支援事業所</u> ・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・介護医療院)		
申請者住所	〒979-2702 福島県相馬郡新地町谷地小屋〇〇 電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

主治医	主治医の氏名	谷地小屋 一郎	医療機関名	谷地小屋病院
	所在地	〒979-2702 福島県相馬郡新地町谷地小屋字〇〇 電話番号 0244-62-××××		

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	脳血管疾患、初老期の認知症、末期がん等の特定疾病名
-----------	---------------------------

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、新地町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。

本人氏名

新地 太郎

主治医が「菅野医院」もしくは「渡辺病院の方は、別紙「主治医意見書予診表」を記入してください。