様式第６号（別表関係）

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

大村市長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
			独　居　・　同　居	
	住　所	〒 電話番号		
	過去６月間の介護保険施設・医療機関等入所・入院の有無 有　・　無	施設・機関の名称　　棟名・階数 施設・機関の所在地	入所・入院期間 年　月　日～　年　月　日	
	認定調査時の家族の同席	希望する　・　希望しない	本人との関係	
		家族の氏名	家族の連絡先	
	備　考			

提出代行者	名　称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・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	氏　名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

第２号被保険者（40 歳から 64 歳までの医療保険加入者）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			

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、大村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。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿