

中土佐町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 〇年 〇月 〇日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 1 2 3	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9				
	医療 保険	保険者名	〇〇〇〇	保険者番号	123456			
	被保険者 記号・番号	記号	1234	番号	567	枝番		
	フリガナ	ナカトサ タロウ			生年月日	昭和10年11月12日		
	氏名	中土佐 太郎			性別	男・女		
	住所	〒789-1301 中土佐町久礼6663-1			電話番号	0889-52-2662		
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入		有効期限	から			
		※14日以内に 他自治体か ら転入した 者のみ記入		転出元自治体(市町村)名	〔 〕			
				現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)	はい ・ いいえ			
				「はい」の場合、申請日				

提 出 代 行 者	名称	該当に〇 (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・介護医療院)			
	住所	〒 電話番号			

主 治 医	主治医の氏名	大野見 太郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒789-1301 中土佐町久礼 〇〇病院 電話番号 0889-52-2211		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

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、主治医意見書、中土佐町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、中土佐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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業と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 中土佐 太郎