

中芸広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

[illegible]

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・介護医療院）
	住 所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

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、中芸広域連合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、中芸広域連合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 _____ 代筆者（続柄） _____ （ ）

裏 面 あ り ま す。

手続きを円滑にするために、以下の欄の記入をお願いします。

訪問調査場所	1. 自宅（住民票上の住所地、施設等を除く） 2. 病院 ・ 施設 【名称： 電話： 】 3. その他 【住所： 宅】
調査日の希望 ※調査は原則月曜日から 金曜日（祝日除く） 9：00から 16：00までに開始	1. なし 2. 曜日： （通院・サービス利用等の不在日）
調査立会者	1. なし 2. 本人以外同席 【氏名： 】 本人との関係【 】 日中の電話番号（ ）－ 連絡可能時間帯： ～：
生活状況	1. 独居 2. 同居 （2は家族構成【 】）
本人の状況	認知（有・無） 難聴（有・無） 主な疾病名【 】 ※入院中の場合 急性期（である・ではない）
今回の申請理由	1. 新たに介護サービスを利用希望【内容： 】 2. 現在の介護サービスを継続利用希望 3. 主治医のすすめ【利用希望サービス内容： 】 4. その他【 】
その他留意すべき事項	

※40歳から64歳の医療保険加入者の方は、特定疾病の記入と保険証の写しを合わせてご提出ください。マイナンバーと連携をされている方は、資格確認証の写しまたはマイナポータルの資格確認画面の写しをご提出ください。（医療保険者名・記号 番号 枝番が必要となります。）