

古河市長宛て
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											
	医 療 保 険	保 険 者 名											保 険 者 番 号											
		被保険者証	記 号						番 号						枝 番									
	フリガナ												生年月日		明・大・昭		年		月		日			
	氏 名												性 別		男 ・ 女									
	住 所		〒 3 0 6 — 古河市										電話番号 — —											
	緊 急 時 連 絡 先 (調 査 時 立 会 い)		フリガナ											続 柄										
			氏 名																					
			住 所																					
			電話番号																					
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等		要介護状態区分		1	2	3	4	5	要支援状態区分		1	2											
			有効期間		年 月 日から					年 月 日まで														
介 護 保 険 施 設 等 入 所 ・ 入 院 の 有 無 (短 期 入 所 除 く) 有 ・ 無		入 所 ・ 入 院 施 設 名 (部 屋 番 号)																						
		所 在 地 ・ 電 話 番 号 〒										電話番号 — —												
		入 所 ・ 入 院 日					年		月		日		退 所 ・ 退 院 予 定 日					年		月		日 ・ 未 定		

申 請 者 氏 名												続 柄			
提 出 代 行 者	事 業 所 名	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)													
	代 行 者 氏 名	代行者氏名													
	所 在 地 ・ 電 話 番 号	〒 電話番号 — —													

主 治 医 (かかりつけ医師)	医 療 機 関 名											主 治 医 の 氏 名											
	受 診 科 名	内 科 ・ 外 科 ・ 整 形 外 科 ・ そ の 他 ()																					
	次 回 診 察 日	年 月 日 最終・予定																					
	所 在 地	〒 電話番号 — —																					

第 2 号被保険者（40 歳から 64 歳までの医療保険者加入者）のみ記入 **※必ず健康保険被保険者証を添付してください。**

特 定 疾 病 名														
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成及び地域支援事業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、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を古河市から居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域包括支援センター、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。

被保険者証預かり

本人氏名

※ 必ず介護保険被保険者証を添付してください。