

申請書

申請年月日 年 月 日

者

提出代行者

主

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

生

※ 特定疾病名欄には、以下の疾病のいずれかをご記入ください。 がん（医師が一般的に認められている医学的知に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したもの）／関節リウマチ／筋萎縮性側索硬化症／後縦靱帯骨化症／骨折を伴う骨粗鬆症／初老期における認知症／進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病／脊髄小脳変性症／脊柱管狭窄症／早老症／多系統萎縮症／糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症／脳血管疾患／閉塞性動脈硬化症／慢性閉塞性肺疾患／両側の膝関節又は両側の股関節に著しい変化を伴う変形性関節症

情報提供及び情報取得についての同意の確認

(個人情報、以下の目的以外に使用することはありません。)

提供・取得先	① 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 介護保険施設の関係人	② 主治医意見書を記載した医師	③ 認定調査に従事する調査員
使用目的	介護サービス計画の作成	介護保険事業の適切な運営	介護保険事業の適切な運営
提供・取得情報	調査の内容 主治医意見書の内容 その他審査会資料の内容	認定結果	調査の内容 主治医意見書の内容 介護認定審査会による判定結果・意見 ※前回の情報も含む。

私は、上記の内容で、情報を提示することに同意しました。

被保険者氏名 (代筆の場合も必ずご記入ください。)

※代筆の場合は、必ずご記入ください。

代筆者氏名 被保険者から見た関係性

代筆理由

※原則、代筆は本人及び親族、成年後見人等の代理人になります。
代筆理由には、必ず、同意を得ている旨と、記載できない理由が分かるように明記してください。

受付時記入及び確認欄 (以下の欄は、受付時に使用いたします。記入しないでください。)

受付場所	受付者
①志津北部地域包括支援センター (043-462-9531)	
②志津南部地域包括支援センター (043-460-7700)	
③臼井・千代田地域包括支援センター (043-488-3731)	
④佐倉地域包括支援センター (043-488-5151)	
⑤南部地域包括支援センター (043-483-5520)	

※受付時の確認として、使用してください。(必ず、全てチェックを入れてください。)

- ☐ 記入漏れがないか。
- ☐ 申請書・問診票 (入院・特養・老健以外)・確認票があるか。
- ☐ 2号被保険者 (64歳以下) の場合の添付書類や特定疾病の記載あるか。
- ☐ 意見書依頼医師への受診が3カ月以内か。