

直方市長 様

		申請年月日	令和	年	月	日
被 保 険 者	被保険者番号	個人番号				
	フリガナ	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名	性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒 電話番号				
	前回の 認定の結果等	総合事業対象者 ・ 要介護・要支援状態区分 ()				
		有効期限 年 月 日から 年 月 日				
	過去6か月間 介護保険施設 入所の有無 有 ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地		期間	年	月 日 ~ 月 日
		介護保険施設の名称等・所在地		期間	年	月 日 ~ 月 日
過去6か月間 病院等 入院の有無 有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地		期間	年	月 日 ~ 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地		期間	年	月 日 ~ 月 日	

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)
	住 所	〒 電話番号

上記の通り申請します。

介護予防ケアマネジメント作成にあたり主治医等、サービス担当者会議、地域ケア会議、及び協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関(団体)の担当者に必要最小限の範囲内で個人情報を使用することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

(本人との関係)

(本人が署名欄を代筆した場合)

※添付書類 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 基本チェックリスト