

申請年月日 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		

特定疾病名	
-------	--

また、要介護・要支援認定の更新の申請から30日以内に認定がされない場合、現在の要介護・要支援認定の有効期間内であれば、要介護・要支援認定延期通知書（認定を延期する通知）を省略することに同意します。

本人氏名

介護保険認定申請（調査）連絡票

[illegible]

認定結果送付先	氏名	被保険者との関係			電話番号
		住所	〒		
家族等の連絡先	氏名	被保険者との関係			電話番号
		住所	〒		

※認定結果送付先は、送付先が提出代行者と異なる場合のみ記入