

【訪問調査日程等の連絡先】

フリガナ 氏名		本人との関係	同席者 該当者に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 左記の方 ・ <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他の方(下に記入して下さい) ↓
電話	※日中連絡の取れる連絡先を記入		フリガナ	本人との関係
	1.	自宅・携帯・他 ()	氏名	
	2.	自宅・携帯・他 ()		
備考				
連絡のとれる時間帯は 月・火・水・木・金の () 時 ~ () 時 またはいつでも大丈夫				

注意事項

1. この申請書には、「介護保険被保険者証」を添付してください。
2. 第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）が申請する場合は、加入している医療保険の医療保険被保険者証を提示してください。
3. 代理の方が申請する場合は、「申請者代理者氏名」欄、「本人との関係」欄及び「住所」欄へ記入してください。なお、同居の家族以外の方が申請代理をする場合は、委任状（下記：代理人選任届）が必要となります。
4. 居宅介護支援事業者、介護保険施設等が申請書の提出を代行する場合は、「提出代行者名称」欄、「住所」欄へ記入してください。
5. 「主治医」欄には、かかりつけ医師の氏名、医療機関名等を記入してください。診療科名がわかれば、() 書きしてください。

代 理 人 選 任 届				
代理人住所				
氏 名				
生 年 月 日 明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 年 月 日				
私は、上記の者を代理人に選任し、次の権限を委任したのでお届けします。				
1. 介護保険	要介護認定・要支援認定・要介護更新認定・要支援更新認定	申請		
2. その他	()			
年 月 日				
委任者住所 明和町 番地				
氏 名 印				
明 和 町 長 あて				