

# 【保護受給者用】介護扶助 要介護・要支援認定依頼書

(新規 更新 変更)

(宛先)秋田市福祉事務所長

次のとおり依頼します。

依頼年月日 年 月 日  
 依頼者氏名 要保護者との関係  
 住 所 〒 電話番号 - -

番 号	H		
フリガナ 要保護者氏名	生 年 月 日	年 月 日	
	性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 - 電話番号 - -		
現在の 要介護状態 区分等	要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日	
調 査 実 施 場 所	自宅・入院中・施設入所中・その他( )※自宅以外の方のみ下欄に記入		
	病院・施設名称		
	所 在 地		
主治医 指定医	医療 機関名	主治医・ 指定医氏名	
	所在地	〒 - 電話番号 - -	
特定疾病名 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> がん(末期) <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋委縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> 進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症 <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症		

要  
保  
護  
者

※介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護  
 介護・要支援認定等にかかる認定調査結果および主治医意見書に記載された情報を地域包  
 括支援センター、居宅介護支援事業者または介護保険施設等に提供することに同意します。ますします。

要保護者氏名