

主治医及び訪問調査に関する申出書

申請者氏名 _____

障害支援区分の認定のために必要ですので、以下の質問にお答えください。

1 主治医について（介護給付費を申請する場合のみお答えください。）

医療機関名		主治医氏名	
所在地	〒 電話番号（ ）	診療科名	
		最終診察日	

※ 主治医がない場合は、職員にご相談ください。

2 訪問調査について

訪問調査先	自宅・自宅以外（名称： _____）		
	所在地	〒 電話番号（ ）	
連絡先	氏名		申請者との続柄
	電話番号（ _____） （平日の日中に連絡のつきやすい電話番号を書いてください。）		
立会者	氏名		申請者との続柄

3 留意事項

<p>（主治医及び訪問調査等に関する留意事項があれば、必ずご記入ください。）</p>
--