

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

申請書

始良・伊佐地区介護保険組合 管理者 中重 真一 様
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号					個人番号								
	医 療 保 険	保険者名					保険者番号							
		被保険者 記号・番号	記号				番号			枝番				
	フリガナ					性別		生年月日	明・大・昭		年	月	日	
	氏名													
	住 所	〒 霧島市 電話番号 ()												
	前回の要介護 認定の結果等	※要介護・要支援 更新認定の場合の み記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2						
				有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日										
	過去6ヶ月間における介護施設・ 医療機関等への入院・入所の有無	※14日以内に他自 治体から転入した 者のみ記入		転出元自治体名										
				現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか はい・いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合：申請日 令和 年 月 日										

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域密着型介護老人福祉施設・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 ()				

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

調査の際に家族等が同席する場合のみ記入

氏名	(関係：)	住所	〒	電話番号 ()			
----	--------	----	---	----------	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、霧島市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、霧島市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 _____

デイサービス等で不在にする日など都合の悪い曜日に×を付けてください。	月	火	水	木	金
その他申請者からの連絡欄（前回の調査時からの状態の変化等）	結果送付先				
	☐ 上記住所（自宅） ☐ 送付先変更届による届出先 ☐ 提出代行者 ☐ 入所中の施設 ☐ 調査同席者宅 ☐ その他 ()				
・受け答え（支障なし・簡単なことに限られる・難しい） ・筆談の必要性（あり・なし） ・手話の必要性（あり・なし）					

霧島市福祉事務所長 様	障害者控除対象者認定申請
所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条又は第7条の15の7及び同令第46条又は第48条の7に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。	
※介護認定結果・調査票・意見書の閲覧に同意します。（対象者氏名） _____	