

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

※組合市受付

南薩介護保険事務組合管理者（市長経由）様  
次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号																	申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ															生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏名															性別	男・女					
	住所	〒														電話番号						
保 険	前回の要介護認定の結果等 <small>* 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	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 平成 年 月 日 から										平成 年 月 日										
者	要支援1・2からの変更理由																					
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地														期間 年 月 日～ 年 月 日						
		介護保険施設の名称等・所在地														期間 年 月 日～ 年 月 日						
		医療機関等の名称等・所在地														期間 年 月 日～ 年 月 日						
有・無	医療機関等の名称等・所在地														期間 年 月 日～ 年 月 日							

提出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・指定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・指定介護療養型医療施設)																		
	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

医療保険者名															医療保険被保険者証記号番号						
特定疾病名																					

介護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、及び主治医意見書を指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、地域包括支援センター、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

※この申請についての家族等の連絡先

連絡者氏名															認定訪問調査時の家族等の立合い希望の有無	有・無				
自宅住所															自宅電話番号					
勤務先名称															勤務先電話番号					

※連絡事項(認定結果通知等の送付先が被保険者欄の住所と異なる場合等に送付先の宛名及び住所等を記入)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--