

(霧島市経由)

介護保険 要介護認定 ・ 要支援認定 申請書
要介護更新認定 ・ 要支援更新認定

始良・伊佐地区介護保険組合 管理者 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	
医療保険者名	霧島市国保	保険者番号	460204
被保険者証 記号・番号	記号 霧国	番号 70002181	枝番 1
フリガナ 氏名	ケリシマ タロウ 霧島 太郎	性別 男	生年月日 明・大・昭 年 月 日
住所	〒 霧島市 隼人町内山田1-1		
電話番号	(45) 5111		
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間	年 月 日 から	年 月 日
現在の介護保険施設・医療機関 等への入院・入所の有無	名称 横川医院	所在地 霧島市横川町中ノ21	
(有) ・ 無			

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・介護医療院)		
住所	〒 霧島市国分中央三丁目1-1	電話番号	(45) 1111

主治医 氏名	横川 太郎	医療機関名	横川医院
所在地	〒 霧島市横川町中ノ21		
電話番号	(72) 0511		

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	脳血管疾患
-------	-------

調査の際に家族等が同席する場合のみ記入

氏名 (関係: 長男)	住所	〒	電話番号
霧島 花男	霧島市国分中央三丁目1-1		(45) 1111

次の者から霧島市が保有する私の要介護(要支援)認定にかかる調査内容、介護認定審査会の認定結果・意見、及び主治医意見書の閲覧等の申請があった場合、提示することに同意します。

同意する申請者

本人氏名 **霧島 太郎**

私のケアプランを作成する介護支援専門員 ⇒ 現在利用中の場合は直近の第1表(利用者の捺印のあるもの)、新規利用、居宅変更の場合は、本人の同意書等作成担当者であることを証する書類、及び申請者の写真のある証明書を提示すること。

私と3親等以内の親族() ⇒ 続き柄を証する書類及び、申請者の写真のある証明書を提示すること。

その他 ⇒ 本人との関係を証する書類及び、申請者の写真のある証明書を提示すること。
(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・居宅サービス事業者・介護保険施設の関係人・主治医意見書を記載した医師・認定調査に従事した調査員・その他())

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()

2ヶ月前に自宅で転倒し骨折。○月○日に医師会医療センターへ入院となる。来月中旬には退院予定である。

霧島市福祉事務所長 様
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) **霧島 太郎**

認定調査同席の連絡は0995-64-0930(国分庁舎)または0995-59-1620(溝辺総合支所)から連絡が来ます。※携帯から連絡する場合があります。

被保険者の個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

認定を受ける本人が使用している医療保険被保険者証の番号等をご記入ください。保険証番号等を確認しますので、医療保険被保険者証を提示してください。

認定を受けるご本人のことをご記入ください。申請書には介護保険被保険者証が必要です。

認定期間の更新の場合は、前回の認定結果をご記入ください。

現在、入院中もしくは施設入所中の場合は、病院または施設の名前、住所をご記入ください。

実際に申請を行った人(窓口に来た人)の名前、事業所名をご記入ください。

普段から通院されている医療機関名と主治医名をご記入ください。主治医意見書の依頼をします。記入もれのないようご注意ください。※最近受診していない方は、診断書が書けない場合もありますので、受診するようになさってください。

対象者が40歳から65歳未満の場合は、特定疾病の種類を必ず書いてください。

認定調査の時に立ち会いを希望される場合は連絡先をご記入ください。

この調査の内容を契約されたケアマネジャーなど、介護関係者への情報提供に同意していただける場合は署名とチェック(✓)をお願いします。[代筆でもかまいません。]

デイサービス等で都合が悪い曜日があれば×印をお願いします。

簡単に状況を書いてください。新規申請(要支援からの区分変更を含む)の場合は、疾病状況、サービス利用希望、状態の変化等をできるだけ詳しく書いてください。

保険証の送り先になりますのでチェック(✓)をお願いします。

障害者手帳をお持ちでない方は、認定の状況に応じて、障害者控除の対象に該当する場合がありますので、対象者氏名欄に署名をお願いします。[代筆でもかまいません。]