

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)

南九州市長様

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号		個人番号	
	医療 保険	保険者名 被保険者証	保険者番号	
	フリガナ	記号	番号	枝番
	氏名	生年月日 (年齢)		明・大・昭 年 月 日 ()
	住所 (住民登録地)	性別		男・女
	住所	電話番号 () -		
	前回の要介護 認定等の内容	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	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	※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(市町村)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。 (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・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
	過去6月間の医療機 関・介護保険施設等 入院・入所 (有・無)	名称・所在地 医・介	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		名称・所在地 医・介	期間	年 月 日 ~ 年 月 日

提 出 代 行 者	代行者氏名 又は事業所名 (事業所種別)	(被保険者との関係:)
	住所・所在地	電話番号 () -

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・指定療養型医療施設・介護医療院)

主 治 医	主治医氏名	医療機関名
	医療機関所在地	電話番号 () -

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

調 査 に つ い て ・ そ の 他	フリガナ 連絡者氏名	被保険者 との関係	連絡先 () -
	立会希望	有・無	調査実施 施設等
	訪問調査に対応 できない曜日	月 火 水 木 金	結果送付先 変更
	その他連絡欄	支援⇔介護の理由 □身体 □認知 □低下 □向上	

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

(代筆)

障害者控除対象者認定申請書

南九州市長様

所得税法施行令第10条並びに地方税法施行令第7条又は第7条の15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。

※要介護(支援)認定結果・調査票・意見書の閲覧に同意します。(対象者氏名)

職・通 () / 介支・免・医保 () / 介保・医保・委 ()