

# 介護保険 要介護認定 ・ 要支援認定区分変更申請書

南九州市長 様

介護保険証被保険者番号を記入  
申請日を記入  
個人番号を記入(未記入でも受理できます)

次のとおり申請します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日

|                                            |                            |                                     |                                                                                                                                                   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |                           |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|---------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被<br>保<br>者                                | 介護保険<br>被保険者番号             |                                     | 1                                                                                                                                                 | 2                       | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 個人番号                |                           | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
|                                            | 医療<br>保険                   | 保険者名                                |                                                                                                                                                   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                     | 保険者番号                     |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            |                            | 被保険者証                               | 記号                                                                                                                                                | 医療保険の内容を記入(未記入でも受理できます) |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |                           | 枝番 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            | フリガナ                       |                                     | ミナミキョウシュウ タロウ                                                                                                                                     |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                     | 生年月日<br>(年齢)              |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            | 氏 名                        |                                     | 南九州 太郎                                                                                                                                            |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                     | 明・大・昭<br>〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            | 住 所                        |                                     | 〒897-0215                                                                                                                                         |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                     | 電話番号(0993) 56-1111        |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            | (住民登録地)                    |                                     | 南九州市川辺町平山3236番地                                                                                                                                   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |                           |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            | 現在の要介護<br>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                                                                                                                                              |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                     | 〇〇年〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日 まで |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            | 変更申請の<br>理由                |                                     | 〇で囲んでください                                                                                                                                         |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |                           |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 過去6月間の医療機<br>関・介護保険施設等<br>入院・入所<br>(有 〇 無) |                            | 名称・所在地<br>医・介 南九州病院 南九州市川辺町平山6934-1 |                                                                                                                                                   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   | 期間<br>〇年〇月〇日～〇年〇月〇日 |                           |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            |                            | 名称・所在地<br>医・介                       |                                                                                                                                                   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   | 期間<br>年 月 日～年 月 日   |                           |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            |                            | 有の場合記入してください。<br>近郊の施設は所在地省略可       |                                                                                                                                                   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   | 代行事業所以外の場合記入してください  |                           |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 提<br>出<br>代<br>行<br>者                      | 代行者氏名<br>又は事業所名<br>(事業所種別) |                                     | (被保険者との関係: )                                                                                                                                      |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |                           |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            | 住所・所在地                     |                                     | 南九州市地域包括支援センター 代表 南九州市長 塗木 弘幸<br>該当に〇(地域包括支援セン)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<br>〒897-0215 電話番号(0993) 56-1111<br>南九州市川辺町平山3234 |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |                           |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|             |         |           |  |                                       |       |  |
|-------------|---------|-----------|--|---------------------------------------|-------|--|
| 主<br>治<br>医 | 主治医氏名   | 大門 未知子    |  | 医療機関名                                 | 南九州病院 |  |
|             | 医療機関所在地 | 〒897-0215 |  | 電話番号(0993) 56-2001<br>南九州市川辺町平山6934-1 |       |  |

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

主治医意見書の記載内容に基づき介護認定審査会が確認を行うため、この診断基準に沿ったものでなければなりません。

特定疾病名 【介護保険施行令(平成10年政令第412号)第2条で定める16の疾病(特定疾病)を記入】

|                                                |                   |                         |   |              |                                |                       |                                                     |                                       |  |  |
|------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|---|--------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 調<br>査<br>に<br>つ<br>い<br>て<br>・<br>そ<br>の<br>他 | フリガナ<br>連絡者氏名     | ミナミキョウシュウ イロウ<br>南九州 一郎 |   | 被保険者<br>との関係 | 子                              |                       | 連絡先                                                 | (0993) 9999-9999<br>090-9999-9999(携帯) |  |  |
|                                                | 立会希望              | 有 〇 無                   |   | 〇で囲んでください    | □ 介護 自宅以外での調査の場合にチェックして施設名等を記載 |                       | 南九州病院                                               |                                       |  |  |
|                                                | 施設等               | 有 〇 無                   |   | □ 医療機関等      | □ 家族                           |                       | 決定後の介護保険証の送付先を変更する場合に<br>チェックしてその他の場合は住所氏名を記載 調査立会者 |                                       |  |  |
|                                                | 訪問調査に対応<br>できない曜日 | 月                       | 火 | 水            | 木                              | 金                     | 結果送付先                                               | □                                     |  |  |
|                                                | その他連絡欄            | 〇/〇検査のため調査不可            |   | 調査日時の補足事項    |                                | 連絡しておきたい情報等を記載してください。 |                                                     |                                       |  |  |
|                                                |                   | 立会者午前中仕事のため、対応不可        |   | 調査場所の補足事項    |                                |                       |                                                     |                                       |  |  |
|                                                |                   | 南九州病院3病棟3階入院中           |   |              |                                |                       |                                                     |                                       |  |  |

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。

本人署名(代筆の場合は代筆者名を記載) 本人氏名 南九州 太郎 (代筆) 南九州 一郎

## 障害者控除対象者認定申請書

南九州市長 様

障害者控除対象者認定の申請です。該当者については確定申告等で使用する証明書を発行します。

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) 南九州 太郎

職・通( )/介支・免・医保( )/介保・医保・委( )