

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

申請内容を○で囲む

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 保 者 | 介護保険 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 保険 | 保険者名 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) | 保険者番号 番号 枝番 |
| 保 険 者 | フリガナ | ミナミキョウシュウ タロウ | | 生年月日 (年齢) |
| | 氏名 | 南九州 太郎 | | 明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳) 性別 (男)・女 |
| 險 者 | 住所 (住民登録地) | 〒897-0215 南九州市川辺町平山3236番地 | | 電話番号 (0993) 56-1111 |
| | 要介護状態区分 | 1 2 3 4 5 | 要支援状態区分 | 1 2 |
| 者 | 前回の要介護 認定等の内容 | 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 | |
| | 〇で囲んでください | ※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 | |
| 者 | 過去6月間の医療機 関・介護保険施設等 入院・入所 (有 〇 無) | 名称・所在地 | 名称・所在地 | 期間 |
| | 〇で囲んでください | 医・介 南九州病院 南九州市川辺町平山6934-1 | 有の場合記入してください。 近郊の施設は所在地省略可 | 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日 |

| | | | | |
|-----------------------|----------------------------|--|--|--|
| 提 出 代 行 者 | 代理人氏名 又は事業所名 (事業所種別) | 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 <small>該当に〇(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</small> | | |
| | 住所・所在地 | 〒897-0215 南九州市川辺町平山3234 電話番号 (0993) 56-1111 | | |

| | | | | |
|-------------|---------|---|-------|-------|
| 主 治 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 南九州市川辺町平山6934-1 電話番号 (0993) 56-2001 | | |

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 査 に つ い て ・ そ の 他 | フリガナ 連絡者氏名 | ミナミキョウシュウ 伊吹 南九州 一郎 | 被保険者 との関係 | 子 |
| | 立会希望 | 有 〇 無 | 〇で囲んでください | 連絡先 (099) 9999-9999 090-9999-9999(携帯) |
| 者 | 訪問調査に対応 できない曜日 | 月 火 水 木 金 | 結果送付先 | 〇 〇 〇 〇 〇 |
| | その他連絡欄 | 〇/〇検査のため調査不可 立会者午前中仕事のため、対応不可 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()