（霧島市経由）

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

姶良・伊佐地区介護保険組合
管理者　　様
次のとおり申請します。

				個人番号	
被保険者	被保険者番号		性別	申請年月日	令和　年　月　日
	フリガナ			生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏名				
	住所	〒 霧島市		電話番号	（　）
	前回の要介護認定の結果等 ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	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			
	現在の介護保険施設・医療機関等への入院・入所の有無 有　・　無	名称 所在地			

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・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　※医療保険被保険証を窓口で確認させていただきますのでご持参下さい。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

調査の際に家族等が同席する場合のみ記入

氏名	（関係：　）	住所	〒	電話番号　（　）

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＿＿＿＿＿＿＿＿

- □ 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）

・受け答え（ 支障なし ・ 簡単なことに限られる ・ 難しい ）

・筆談の必要性（ あり ・ なし ）　・手話の必要性（ あり ・ なし ）

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（　）

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）＿＿＿＿＿＿＿＿