

(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

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		個人番号	
医療保険 保険者名		保険者番号	
被保険者証	記号	番号	枝番
フリガナ 氏名		性別	生年月日 明・大・昭 年 月 日
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

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)

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( )

・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)

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) \_\_\_\_\_