

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

鹿屋市長 様

次のとおり申請します。

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
		本人との関係	
提出代行者 名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設）		
申請者住所	〒 電話番号		

医療 保険	保 険 者 名											保険者番号					
	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	記 号										番 号				枝番	
被 保 険 者	被 保 険 者 番 号											個 人 番 号					
	フ リ ガ ナ											生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	年 齢			
	氏 名											性 別	男 ・ 女				
	住 所	〒 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															
		有効期間 年 月 日から 年 月 日															
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地										期間	年 月 日～		年 月 日		
		介護保険施設の名称等・所在地										期間	年 月 日～		年 月 日		
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地										期間	年 月 日～		年 月 日		
		医療機関等の名称等・所在地										期間	年 月 日～		年 月 日		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

※第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名	
-----------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、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。

市 町 村 確 認 欄	
証の回収	介護保険資格者証受領者
有・無	本人・家族・その他（ ）

本人氏名

（代筆者）

(別記1)

※本人の心身の状況や家族環境等のことで伝えたいことがあれば御記入ください。 (例: 耳が遠い、筆談が必要、認知症状がみられる、ガンと診断されている、病気のことは知らない等)	認定を受け るにあつ ての相談 の有無 有・無 ☐ 地域包括支 援センター ☐ 病院の相談 員 ☐ その他
◎入院中の方…急性期である ☐ はい ☐ いいえ ※急性期…状態が安定していない、調査が困難と思われる場合を言います。	