

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護保険 要介護・要支援 認定申請書
(宛先)いちき串木野市長 様
次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

申請区分 ※該当にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 区変	<input type="checkbox"/> 転入・その他
区分変更の理由	※区分変更の場合は申請理由を記入してください			

申請者 (窓口来庁者)	住所 (所在地)	〒	携帯電話	()
	フリガナ		電話番号	()
	氏名		被保険者 との関係	
	提出代行者 名称等	*該当に○をしてください(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・介護保険施設・介護医療院)		

被保険者	介護保険 被保険者番号																			
	医療保険情報 ※該当に○を してください	1	鹿児島県後期高齢者医療広域連合	2	いちき串木野市(国民健康保険加入の方)															
		3	その他(下記項目に記載してください。)																	
		[保険者名]		[記号]																
	[保険者番号]		[番号]																	
	[保険者番号]		[枝番]																	
	※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は医療保険証(写)を添付してください。																			
	住所	〒	携帯電話	()																
	フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	男・女														
	氏名		明・大・昭	年 月 日	男・女															
前回の要介護 認定の結果	要介護 状態区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	要支援 状態区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日																		
本人の居所 ※該当に○を してください	1 自宅(住所と同じ) 2 病院等に入院中 3 介護保険施設に入所中 4 その他(家族宅・ 有料老人ホーム等)																			
	※「2病院等に入院中」「3介護保険施設に入所中」「4その他」に該当する方は必ず入力してください 病院名・施設名・家族名 等																			
	所在地	〒	携帯電話	()																
			病棟及び部屋番号	階 号室																
入院・入所年月日	年 月 日	退院・退所 予定年月日	年 月 日頃 / 未定	※未定の場合は"未定"に○をしてください																

主治医	フリガナ		前回受診日	年 月 日頃
	主治医氏名		次回診察予定日	年 月 日頃
	医療機関名		診療科	
	所在地	〒	電話番号	()

※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防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、いちき串木野市から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。

本人氏名(署名)	代筆者氏名(署名)	(続柄)
----------	-----------	------

送付先	〒	
氏名(名称)	電話番号	()