

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

【 新規・更新・変更・転入 】

鹿児島市長殿

次のとおり申請します。

| | | | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------|---|---------------|---|
| 被 保 険 者 | 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 | | 生年月日 | 明 大 昭 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | 性 別 | | |
| | 住 所 (住民登録地) | | 電 話 番 号 | | |
| | 現在の要介護 認定結果等 | 現在認定者のみ記入 | 現在の要介護認定結果 有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | | 転入者 (14日以内) のみ記入 | 転出元自治体名 | | |
| | | | 転出元自治体で要介護・要支援認定を申請中ですか (「はい」の場合は申請年月日を記入) | | ○ はい (年 月 日) ○ いいえ (認定結果通知受領済含む) |
| | 変更申請の理由 ※前回要支援・非該当の場合も含む | | | | |

| | | |
|-------------|--------------|---|
| 申 請 者 | フリガナ 氏 名 | 被保険者との 関 係 |
| | 住 所 | 電 話 番 号 |
| | 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 介護医療院) |

| | | | |
|-------------|--------|---------|--------|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 医療機関名 | 最近の受診日 |
| | 所 在 地 | 電 話 番 号 | |

| | | | |
|----------------------------|---------------|--------------|--------------|
| 調 査 に つ い て | フリガナ 連絡者氏名 | 被保険者 との関係 | 平日昼間 の連絡先 |
| | 立会 (該当○欄に印) | ○ 有 () ○ 無 | |
| | 調査先住所 | (場所) | |

| | | | |
|--------|---|--|--|
| 同 意 | 同意の場合○欄に印 | | |
| | ○ 介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、主治医に審査判定結果を提示することに同意します。 | | |
| | ○ (更新の場合) 現在の認定の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。 | | |

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

| |
|-------|
| 特定疾病名 |
|-------|

※ 申請の際は介護保険被保険者証を添付してください。

※ 認定調査時に手話通訳が必要な方は、別途「手話通訳依頼書」を添付してください。

市 処 理 欄 (記 載 不 要 で す)

| 受付 | 入力 | 本人 (○郵送 ○オンライン) | 医療番号の確認 | 個人番号の確認 | 本人または代理人の身元確認書類 |
|-------------------------------------|----|--|---|---|---|
| | | <input type="checkbox"/> 代理人 (○郵送 ○オンライン) <input type="checkbox"/> 一代理権 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項等 () <input type="checkbox"/> 使 者 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (社 国 高) <input type="checkbox"/> 宛名番号 () <input type="checkbox"/> 不開示 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 提示が困難 () | 1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 身・精障害者手帳 <input type="checkbox"/> 敬老・友愛パス <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 情報提供NWS確認済 | | | | | 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後高医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合・限度額証 <input type="checkbox"/> その他 () |