

介護保険要介護・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

奄美市の国民健康保険  
に加入されている方

鹿児島県内に在住の75歳以上の方全て  
(生活保護受給者は除く)

生活保護受給者など、医療  
保険に加入していない方

被 保 者	被保険者番号	個人番号								
	医療保険情報 ※該当にチェック	奄美市国民健康保険 鹿児島県後期高齢者医療保険 未加入 (生活保護受給者等)								
	フリガナ	その他 (保険者名称: _____ 記号番号: _____)								
		生年月日								
	社会保険、奄美市以外の国民健康保険、他県の後期高齢者医療保険等に参加されている方は、保険者 名称と記号番号の記載が必要です。									
	住所									
前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分									
	有効期間 年 月 日 から 年 月 日									
	※14日以内に他 自治体から転入 した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名【 _____ 】 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は【いいえ】を選択してください) はい ・ いいえ								
	【はい】の場合、申請日 年 月 日									
過去6ヵ月間の介護 保険施設・医療機関等 入院所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日	
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日	

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)		担当者氏名
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____		

主 治 医	主治医氏名	医療機関名
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____

受診日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) ※お早目の受診にご協力ください。

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 ※保険証の写しを添付してください。

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は必要があるときは、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、奄美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。

本人署名 \_\_\_\_\_ 代筆者署名 \_\_\_\_\_

【更新申請の場合】	申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。(同意します・同意しません)
-----------	--

【市町村確認欄】		
保険証の回収	介護保険資格者証受領者	受付者名
<input type="checkbox"/> 回収済	本人・家族・ケアマネ・その他 ( _____ )	

※円滑・効果的な認定調査を実施するため、別紙認定調査連絡票もご記入をお願いします。