

熊本市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 () -	
提出代行者 名称	(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) 印	

被 保 者	被保険者番号	個人番号
	フリガナ	生年月日 年 月 日
	被保険者氏名	性別 男 ・ 女
	住所	〒 電話番号 () -
	※要介護・要支援更新の場合のみ記入 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援区分 1 2 有効期間 年 月 日 から 年 月 日	
	※14日以内に他の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。 はい・いいえ (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」の場合、申請年月日 年 月 日	
	介護保険施設・医療機関等入院入所の有無(短期入所を除く) ※該当に✓ <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 医療入院中 退院予定(月 日頃 ・ 未定) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> その他()	
	施設名	
	所在地	〒 電話番号 () -
	有 ・ 無	

主治医	主治医氏名	医療機関
	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

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
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正な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を熊本市から地域包括支援センター、居宅支援事業者、居宅サービス事業者もしくは介護保険施設の関係者、主治医意見書を記載した医師また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。

申請から30日以内に認定がなされない場合、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。

本人氏名

担当区	
同席者	
P有・無	
予約日	
調査員名	
施設	新規 継続
在宅	新規 継続
滞納	有 無
調査	直営 委託
受付	
申請入力	
資格者証	
意発送日	
2号・至急	