

熊本市長 様
次のとおり申請します。

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

介護保険 ☐ 要介護認定・要支援認定 ☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ 申請書

被保険者番号										申請年月日	2	0			年			月			日				
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	- -													
前回の要介護認定の結果等	前回の認定										要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援区分 1 2					年 月 日				
	※14日以内に他市町村から転入した場合のみ記入										転出元市町村〔 〕 現在、転出元市町村に要介護・要支援認定申請を申請中ですか。 ☐ はい ☐ いいえ														
変更申請の理由	※区分変更申請の場合のみ記入					☐ 介護の手間の増加 ☐ 介護の手間の減少																			
介護保険施設・医療機関等入院の有無(短期入所を除く)	施設名	入院・入所日 (年 月 日) 退院・退所予定 (月 日頃 ・ 未定)																							
	所在地	〒					電話番号	- -																	
☐ 有 ☐ 無																									

主治医	医療機関名																			
	フリガナ											電話番号	- -							
	主治医氏名																			
	医療機関住所	〒																		
医療保険	保険者名	☐ 熊本県後期高齢者医療広域連合 ☐ 熊本市(国保加入の方)										保険者番号								
	被保険者証	記号						番号						枝番						

※医療保険欄は病院などに提示する保険証を見てご記入ください。枝番は保険証に記載がない場合は記入不要です。

届出者氏名											電話番号	- -									
届出者住所	〒																				
本人との関係	☐ 本人 ☐ 3親等以内の親族 (続柄:) ☐ 提出代行者 ☐ その他 ()																				
提出代行者	☐ 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 ☐ 介護医療院 事業所名																				

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、介護認定審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、居宅介護支援事業者、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。

(更新申請の場合のみ)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。

被保険者署名 代筆者氏名 続柄

※第二号被保険者(40歳から64歳の医療加入者)のみ記入	
特定疾病名	

受付窓口				受付者	管轄区		申請入力	受付印
☐ 中央区	☐ 南区	☐ 天明	☐ 託麻		☐ 中央区	☐ 南区	資格者証	
☐ 東区	☐ 北区	☐ 城南	☐ 幸田		☐ 東区	☐ 北区	意見書発送	
☐ 西区	☐ 河内	☐ 清水	☐ 龍田		☐ 西区		2号・至急	