

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

該当する申請を○で囲みます。(初めての申請の方は要介護認定・要支援認定となります。)

申請年月日 令和 3 年 6 月 1 日

被保険者番号	0 4 0 0 0 0 0 0 0 1	個人番号	
フリガナ	サンム タロウ	生年月日	明・大・昭 5 年 1 月 1 日
氏 名	山武 太郎	性 別	男 ・ 女
住 所	〒289-1392 山武市殿台 2 9 6 番地 電話番号 0 4 7 5 (0 0) 0 0 0 0		
認定の結果等	要介護状態区分 1 2 ③ 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 令和 3 年 1 月 1 日 から 令和 3 年 6 月 3 0 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 令和 年 月 日 介護保険施設等の名称等・所在地 年 月 日 介護保険施設等の名称等・ 年 月 日 医療機関等の名称等・所在地 山武総合病院 山武市津辺●●番地 期間 3 年 4 月 5 日～ 3 年 4 月 3 0 日 有無 ③ ・ 無 医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日		

原則的に更新申請の方のみ記入となります。

14 日以内に他自治体から転入した方のみ記入してください。

介護保険施設又は医療機関への入院入所状況。退院の見込み等もわかる範囲で記入してください。

代理の方が提出する際は、提出者の名前(事業者の場合は名称)・住所・電話番号を記入してください。

提出代行者	名 称	山武 一郎
	住 所	〒289-1306 山武市五木田●●番地 電話番号 0 4 7 5 (0 0) 0 0 0 1

主治医の氏名・医療機関名・住所を記入してください。また、診察が必要な場合があるため、医療機関へ確認願います。

介護 太郎	医療機関名	山武総合病院
〒289-1392 山武市津辺●●番地	電話番号 0 4 7 5 (0 0) 1 1 1 1	

第二号被保険者(40 歳から 64 歳の方)

医療保険者名	山武市	4 5 - 0 0 0
特定疾病名	パーキンソン病	

被保険者が 40 歳から 64 歳の方は、第 2 号被保険者となります。医療保険者名・記号番号・特定疾病名を必ず記入してください。(65 歳以上の方は、記入の必要はありません。)

※内容をすべて記入後、介護保険被保険者証を添えて、山武市高齢者福祉課まで提出願います。
(事業所に代行申請を依頼することも可能です。)

同意された場合は、被保険者本人の氏名を記入してください。

本人氏名 山武 太郎