

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

(宛先) 山武市長
次のとおり申請します。

介護保険証の内容を記載してください

申請年月日

令和〇年〇月〇日

介護保険 被保険者番号	0 4 0 0 0 0 0 0 0 1	個人番号	
医療 保険	保険者名 国民健康保険	保険者番号	4 5 - 1 2 3 4
	被保険者証 記号	番号	枝番
被 保 者	フリガナ 氏 名	生年月日	明・大・昭 12年 3月 4日
		性 別	男 ・ 女
	住 所	電話番号	0 4 7 5 (80) 2 6 4 0
	前回の要介護 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 平成 令和 5年 4月 1日から令和 6年 3月 31日	
		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	
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間 年 月 日～年 月 日
		入院・入所の有無を記載	期間 年 月 日～年 月 日
		医療機関等の名称等・所在地 山武総合病院 山武市松尾町〇〇番地	期間 令和6年4月1日～年 月 日
		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・介護医療院) 介護 一郎
	住 所	〒289-〇〇〇〇 山武市〇〇番地
		電話番号 0479-80-0000

主 治 医	主治医の氏名	山田 一郎	医療機関名	〇△病院
	所 在 地	〒123-4567 山武市△△番地	電話番号	0475-80-0000

病名を記入
医療保険証の
コピー必要主治医意見書を依頼
する医療機関を記入

被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	パーキンソン病
-------	---------

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切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山武市から地域包括支援センター、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の署名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)申請から30日以内に認定がされない場合、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 山武 太郎