

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入

医療情報を記入

介護保険 被保険者番号		0 4 0 0 1 2 3 4 5 6						申請年月	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
医療 保険	保険者名	千葉県後期高齢者医療広域連合						保険者番号	3 9 1 2 2 3 7 9		
	被保険者 記号・番号	記号					番号	1 2 3 4 5 6 7 8		枝番	
被 保 者	フリガナ	サンム イチロウ						生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日		
	氏名	山 武 一 郎						性別	男 ・ 女		
保 険 者	住 所	〒289-1392 山武市殿台296番地						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・要支援 更新認定の場合 のみ記入	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 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 3 1 日								
入 院 ・ 入 所 の 有 無 を 記 入	※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。 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)									
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 (短 期 入 所 を 除 く)	有	入院・入所施設名	〇△総合病院						令和8年1月5日から		
		所在地	〇〇市△△番地						令和8年2月1日まで		
無	無	入院・入所施設名							年 月 日から		
		所在地	代理人申請の場合、氏名等記入						年 月 日まで		

申請者氏名	山武 花子		本人との 関係	長女
提出代行者 名称	該当に〇(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)			
申請者住所	〒289-〇〇 〇〇市△△番地		電話番号	0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8

主治医意見書を依頼
する医療機関を記入

主 治 医	主治医の氏名	介護 次郎 (〇〇科)		医療機関名	〇△総合病院
	所 在 地	〒289-0000 山武市△△番地			
		電話番号 0 4 7 5 - 8 0 - 0 0 0 0			

第2号被保険者(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
-------	---------

被保険者が40歳から64歳の場合、病名を記入後、医療保険の資格情報の確認ができるものを提示(マイナ保険証による資格情報画面や資格確認書の提示)

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介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、提供を受
ス事業者又は介護保険施設との関係が取得した本人の状況等の情報を、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅ワ
ス事業者、地域密着型介護サービス事業者、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予
防サービス事業者、総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員
に提示する(地域支援事業として介護情報提供を電子的に行う場合を含む。)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。

被保険者名、代筆の場合
は代筆者名を記入

本人氏名 山武 一郎

(代筆者) 山武 花子

