

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

熊本県山鹿市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 6 年 4 月 10 日

介護保険 被保険者番号	1 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2			
医療 保険	保険者名	熊本県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39432083	
	被保険者証	記号	番号	1111111	枝番	
	フリガナ	ヤマガ ジロウ		生年月日	明・大(昭) 2 年 2 月 2 日	
	氏名	山鹿 次郎		性別	男・女	
被 保 険 者	住所	〒861-0531 山鹿市中578番地		電話番号	0968-43-1077	
	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	有効期間 年 月 日 から 年 月 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。 (既に認定結果通知書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 入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日	～	年 月 日
		介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日	～	年 月 日
		医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日	～	年 月 日
	有・無	医療機関等の名称等・所在地	期間	令和 6 年 1 月 11 日	～	年 月 日
申請者	山鹿 太郎		被保険者との関係	長男		
申請者住所	〒861-0592 山鹿市山鹿987番地3		電話番号	0968-43-1180		
提出代行者	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)					
主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇〇		医療機関名	山鹿市民医療センター	
	所在地	〒861-0501 山鹿市山鹿511番地		電話番号	0968-44-2185	

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	
-------	--

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、山鹿市から地域包括支援センター、居宅介護事業者、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又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。

本人氏名

山鹿 次郎

代筆者氏名

山鹿 太郎