

第14号様式(第13条関係)

介護保険 申請書
 (要介護認定・要支援認定
 要介護更新認定・要支援更新認定)

須賀川市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年〇月〇日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	医療 保険	保険者名	〇〇〇〇	保険者番号	0123456
		被保険者証 記号	〇〇〇	番号	0123456 枝番
	フリガナ	ボタン タロウ		生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	牡丹 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	住所	〒962-8601 須賀川市八幡町135番地 電話番号 88-8117			
	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 更新申請の場合は記入ください。 有効期限 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。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。) 転入申請の場合は記入ください。 い・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
	過去6月間の 介護保険施設・医療機関等 入所入院の有 無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日		
		介護 過去6ヶ月以内に入所又は入院して いた場合には記入ください。	期間 年 月 日～ 年 月 日		
医療機関の名称等・所在地 〇〇 病院		期間 令和〇年〇月〇日～ 年 月 日			
医療機関の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日			

提出 代 行 者	名称	本人又は家族の提出の場合は 記入不要です。 (指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院)
	住所	かかりつけの病院又は入院中の病院 について記入ください。 電話番号

主治 医	主治医の氏名	〇〇 先生	医療機関名	〇〇 病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		

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	年齢が65歳未満の場合は記 入ください。	な運営のために必要があるときは、要介護認定・要 る判定結果・意見、主治医意見書及び介護保険事業 の適切な運営のために必要と認める情報を、須賀川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 に従事した調査員及び病院等に提示することに同意します。
-------	-------------------------	---

本人氏名 牡丹 太郎