

{
}

**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**

（あて先）白山市長  
 次のとおり申請します。

新規	更新
----	----

被 保 者	被保険者番号											申請年月日	令和	年	月	日
	個人番号											生年月日	明・大・昭	年	月	日
	フリガナ											性 別	男	・	女	
	氏 名											電 話 番 号				
	住 所	〒 ー 白山市														
	現在の要介護状態区分等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入  ※14日以内に他の市町村から転入した場合のみ記入	要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2	有効期間 年 月 日 から 年 月 日まで  転出元市町村名（ ）  現在、転出元市町村に要介護・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 年 月 日											
過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入院入所の有無	有・無	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											

提出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・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）										印
	住 所	〒 ー										電 話 番 号

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名					
	所 在 地	〒 ー										電 話 番 号					

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名						医療保険被保険者証記号番号			
特定疾病名									

介護サービス計画を作成する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、介護予防サービス事業者、地域密着型介護サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、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。

（更新申請の場合のみ）申請日から30日以内に認定がされない場合であっても、現在の有効期間内に認定がされるときは、市が認定延期通知を省略することに同意します。

また、認定結果が非該当・要支援1・要支援2のときは、白山市から地域包括支援センターに結果を伝えることに同意します。

本人氏名

