

申請書記入例

介護保険サービスをご利用の方は、必ず申請書をご記入いただき、ご提出ください。

様式第7号

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

新規 更新 要介護状態・要支援状態区分変更 転入による

該当するものにレ印を付けてください。

(宛先)所沢市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	
	フリガナ	トコサワ 知ウ	生年月日	明・大(昭)
	氏名	所沢 太郎		5年 5月 5日
	住所	所沢市並木1-1-1		
	自宅電話番号	04 (2998) 1111 2		
	その他連絡先	090 (1111) 1111 氏名 ○○○○ 続柄 子 1		
	現在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		
	*更新・変更・転入申請の場合のみ記入	有効期間: 年 月 日から 年 月 日まで ※転入の場合に記入 転入前の保険者名 [] 要介護・要支援認定を申請中ですか。 [はい・いいえ]		
	申請の理由	(例)退院後にデイサービスを利用したい、訪問介護(ヘルパー)を利用したい 等		
	入院・入所の状況	名称等 ○○大学校病院 ※ご自宅にいる場合記入しないでください		
期間	H 30 年 1 月 1 日 ~ (入院中) (年 月 日に退院予定)			

ご連絡する順番をご記入ください。

提出代行者	氏名	○○ ○○ 続柄 子	電話番号	04(2998)1111
	住所	〒359-8501 所沢市並木1-1-1		
提出代行事業所名	※該当に○ (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)			
	名称	○○大学校病院 (印)		
	住所	電話番号	()	

大学病院等は、主治医の①診療科②氏名までご記入ください。

主治医	医療機関	○○大学校病院	主治医氏名	① ○○科 ② 福祉花子 先生
	所在地	〒123-4567 所沢市並木1234		
	電話番号	04 (1234) 5678		

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

医療保険者番号		医療保険者名	
資格取得日	年 月 日	医療保険記号番号	記号 番号
(1) 筋萎縮性側索硬化症 (2) 後縦靭帯骨化症 (3) 骨折を伴う骨粗鬆症 (4) 多系統萎縮症 早期における認知症 (6) 脊髄小脳変性症 (7) 脊柱管狭窄症 (8) 早老症 (9) 糖 経障害等 (10) 脳血管疾患 (11) パーキンソン病関連疾患 (12) 閉塞性動脈硬化 関節リウマチ (14) 慢性閉塞性肺疾患 (15) 両側の膝関節又は股関節に著しい変 変形性関節症 (16) がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復 がない状態に至ったと判断したものに限る。)			

認定調査に立ち会っていただくご家族の方のお名前と続柄をご記入ください。

立会人(続柄等)	備考(立会いが無い理由等)	受付者
○○ ○○ (子)		

