

更新申請書記入例

様式第7号

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

介護保険の被保険者番号をご記入ください。

ご加入の医療保険の番号等をご記入ください。
※後期高齢者医療制度の方は、記号と枝番は不要です。

介護保険被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
医療保険	保険者名	後期高齢				保険者番号	39112081				
	被保険者記号・番号	記号					番号	01234567		枝番	
フリガナ	トコロザワ タロウ					生年月日	昭和5年5月5日				
氏名	所沢 太郎					性別					
住所	〒359-1111 埼玉県所沢市並木1-1-1										
	電話番号 04-1234-5678										
前回の要介護	*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	
	現在の介護度と有効期間をご記入ください。					有効期限	令和7年4月1日 から 令和8年4月31日				
提出元自治体(市町村)名	[]										
申請について、確認する場合がございます。	元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 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										
のみ記入	「はい」の場合 申請日 年 月 日										
過去6月間の介護保健施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地					所沢市病院	期間	R8年4月1日 ~ R8年5月31日			
有 無	介護保険施設等の名称等・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				
	医療機関等の名称等・所在地					期間	年 月 日 ~ 年 月 日				

申請について、確認する場合がございます。

現在の介護度と有効期間をご記入ください。

申請について、確認する場合がございます。

大学病院等については主治医の①診療科②氏名までご記入ください。

提出代行者	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護)								
	住所	〒359-1111 埼玉県所沢市並木1-1-1								
		電話番号 090-1234-5678								

主治医	主治医の氏名	内科 福祉 花子 先生			医療機関名	所沢市病院				
	所在地	〒359-0025 埼玉県所沢市下安松1224-1								
		電話番号 04-9876-5432								

第二号被保険者(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 調査内容、防サービス地域包括支子防支援事支援総合事情報基盤經由で電子的に行う場合を含む。) ことに同意します。

第2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)の方は、特定疾病の疾病名をご記入ください。(疾病名は略称でも構いません。)

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 ⑤初老期における認知症
⑥脊髄小脳変性症 ⑦脊柱管狭窄症 ⑧早老症 ⑨糖尿病性神経障害等 ⑩脳血管疾患 ⑪パーキンソン病関連疾患
⑫閉塞性動脈硬化症 ⑬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形を伴う変形性関節症
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の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)

本人氏名: 所沢 太郎 (代筆者: 所沢 介保 続柄: 子)

同意について、ご協力をお願いいたします。なお、パソコン等で申請書を作成した場合でも、同意欄の本人氏名・代筆者氏名・続柄は直筆していただくようお願いいたします。

受付者 ()