

新規申請書記入例

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。

介護更新認定・要支援更新認定
■新規 □更新 □転入

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。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個
	医療 保 険 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	後期高齢					保険者番号	39112081				
	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 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					
	※14日以内 に他自治体か ら転入した者 のみ記入	有効期限 年 月 日 から 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				
	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。

申請について、確認する場
合がございます。

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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)	所沢 介保(子)
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-		

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。

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	
-------	--

介護サービス
調査内容、介護
防サービス計
地域包括支援
予防支援事業
支援総合事業
情報基盤経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
ようお願いいたします。

受付者 ()