

様式第7号 (第7条関係)

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

受付欄

春日部市長 あて

次のとおり申請します。

該当の申請区分に○をつけてください。

申請年月日 年月日 年月日

被 保 险 者	介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2					
	医 療 保 険	保険者名	春日部市			保険者番号	110148		
		被保険者証	記号	614	番号	11111	枝番	01	
		フリガナ	カスカベ タロウ			生年月日	明・大・昭 11年1月1日		
		氏名	春日部 太郎			性別	男・女		
		住所	〒344-8577 春日部市中央七丁目2番地			電話番号〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇			
		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	月 日から	年 月 日まで			
			更新申請の場合は前回の介護度と有効期間を記入してください。 (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)						

提出 代 行 者	過去6ヶ月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地 春日部市立医療センター	期間 R7年4月1日～R7年7月30日
	有・無	介護保険施設等の名称等・所在地 医療機関等の名称等・所在地 医療機関等の名称等	入院・入所している場合は記入してください。 被保険者の親族、または申請を代行する居宅介護支援事業所等の 名称を記入してください。

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) 春日部 花子 (妻)		
	住 所	〒 同上	電話番号〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	

主 治 医	主治医の氏名	柏壁 次郎	医療機関名	春日部市立医療センター
	所 在 地	〒344-8588 春日部市中央六丁目7番 1	電話番号 048-735-1261	

第2号被保険者(40歳から64歳までの)

主治医の名前をフルネームで記入してください。

特定疾病名 (しばらく受診がない場合は受診するようにしてください)

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、春日部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に提示することに同意します。また、更新申請において、申請日から30日以内に認定がなされない場合、現在の認定の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名	春日部 太郎	代筆	春日部 花子	続柄	(妻)
------	---------------	----	---------------	----	--------------

認定申請に係る調査連絡票

※介護保険認定申請にかかる確認事項 (以下 わかる範囲でご記入ください。)

新規更新

該当の申請区分にレ点をしてください。

(被保険者番号)

取扱い方

春日部 太郎

• 1234567890

日程調整先

・氏名

かすかべ はなこ

春日部 花子

(被保険者との関係) 妻

・連絡先
(日中連絡可)

000-000

担当ケアマネで調査可能の場合はケアマネの氏名、事業所名、調査できる旨ご記入ください。

立会者

 いる いない

立会者氏名

調査当日の連絡先もご記入ください。

被保険者との関係

病院名・施設名等:

入院入所中の方は病院、施設名称と

入院入所の期間と病棟をご記入ください

住所: 344-8577

春日部市中央七丁目2番地1

期間:

メモ欄

※ 2号被保険者の場合は特定疾病をご記入ください。

・心身の状態像について

例) 筋力低下、もの忘れあり

・調査日について

例) 透析・通院のため月・水・金は不可

デイサービスのため木曜日は不可

・入院・入所、退院・退所について

例) 令和7年1月末退院予定

・駐車スペースについて・担当ケアマネジャー

など

備考 (職員記入欄)

申請区分に関係なく調査員に伝えたい事項をメモ欄にご記入ください