

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。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号												個人番号																		
	医 療 保 険	保険者名											保険者番号																		
		被保険者証	記号										番号								枝番										
	フリガナ		-----										生年月日		明・大・昭		年		月		日										
	氏 名												性 別		男 ・ 女																
	住 所		〒																												
			電話番号 ( )																												
	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																	
			有効期限 年 月 日から 年 月 日まで																												
			※14日以内に 他自治体か ら転入した 者のみ記入	転出元自治体(市町村)名[ ]																											
現在、転出元自治体に要介護・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) <div>はい・いいえ</div> <div>「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日</div>																															
過 去 6 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										期間 年 月 日～ 年 月 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																				
	有 ・ 無										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・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)																					
	住 所	〒		電話番号 ( )																			

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所 在 地	〒		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

特定疾病名																						
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	代筆 続柄 ( )																					
------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 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

被保険者氏名		(被保険者番号) .	
日程調整先	しめい ・氏名  ・連絡先 (日中連絡可)	_____ (被保険者との関係) _____ _____	
立会者 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		立会者氏名	<input type="checkbox"/> 同上
		被保険者との関係	
調査場所  <b>【自宅・その他】</b> どちらかに○をつけてください		病院名・施設名等：  住所：  期間：                      ～	
<u>メモ欄</u>  ※ 2号被保険者の場合は特定疾病をご記入ください。			
備考（職員記入欄）			