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

記入例

※ は記入必須

組合記入欄	被保険者証	資格者証	入力担当
	未・済	未・済（窓口・郵送）	

大里広域市町村圏組合管理者　宛
次のとおり申請します。

申請年月日　令和●年●月●日

被保険者	介護保険被保険者番号	●●●●●●●●●●	個人番号	記入不要です。	
	医療保険 保険者名	保険			
	医療保険 被保険者記号・番号	記号	番号	枝番	
	フリガナ	コウイキ タロウ	生年月日		
	氏名	広域 太郎	性別	男 ・ 女	
	住所	〒●●●－●●●● 介護市介護●－●	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 令和●年●月●日 から 令和●年●月●日			
	※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) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日			
	過去６月間の介護保険施設、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 特別養護老人ホーム 介護	期間 令和●年●月●日～令和●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 介護医院	期間 令和●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・介護医療院） 広域 花子		
	住所	〒●●●－●●● 介護市介護●－●	電話番号	●●●－●●●－●●●●

この太枠内は窓口にお越しになる方の氏名等を記入してください。

主治医	主治医の氏名	介護 一夫	医療機関名	介護医院
	所在地	〒●●●－●●●● 介護市介護●－●	電話番号	●●●－●●●－●●●●

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	●●●●●

40～64歳までの方は太枠内を必ず記入してください。

40～64歳までの方は必ず記入してください。

かかりつけの医療機関、もしくは現時点でのお体の状態をよく知る医療機関・医師名を記入してください。

・介護サービス計画の作成等介護保険事業の適[illegible]ビス事業者に提示することが必要となるときは、要介護認定・要支援認定[illegible]内容、介護認定審査会による判定結果・意見、サービス計画及び介護予[illegible]関係人が取得した心身の状況等の情報を、大里広域市町村圏組合から地域包括支援センター、[illegible]ス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介[illegible]合事業を行[illegible]員に提示する（地域支援事業として介護[illegible]ことに同意します。

被保険者の氏名をフルネームでご署名ください。

・（更新申請の場合のみ）申請日から３０日以内に認定がされ[illegible]、現在の有効期間内に認定がされるときは、大里広域市町村圏組合が認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名　広域 太郎

申請者記入欄 ※ご記入をお願いします。	調査連絡先 氏名・続柄	調査連絡先 電話番号	調査立会希望 (有の場合) 氏名・続柄	駐車場	ｶﾞﾝ末	備考（調査について、病棟（病院の場合）・土日希望・夫婦同時希望・同一法人希望、暫定ｻｰﾋﾞｽ利用等）
自宅又は上記入院先等	① 看護師	①●●●-●●●-●●●●	有（ ）・無	有・無	有・無	2階病棟201号室調査、福祉用具暫定ｻｰﾋﾞｽ利用有、2週間入院予定、退院後は自宅調査、DS:火水
	②	② － －				
上記入院先等退院後	広域 太郎（本人）	●●●-●●●-●●●●	有（広域一郎・長男）・無	有・無		